Voir résumé français
à la fin de chaque rapport.

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

CZASOPISMO POŚWIĘCONE SPRAWOM PSYCHJATRYCZNYM NAUKOWYM I PRAKTYCZNYM

ORGAN ZAKŁADÓW PSYCHJATRYCZNYCH POLSKI ZACHODNIEJ

DZIEKANKA — KOCBORÓW — KOŚCIAN — LUBLINIEC — OWIŃSKA — RYBNIK — ŚWIECIE

ZAŁOŻYŁ: ALEKSANDER PIOTROWSKI

ROK VII. DZIEKANKA KWARTAŁ III-IV.

1 9 3 0

REDAKTOR

ALEKSANDER PIOTROWSKI

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
GNIEZNO-DZIEKANKA, KRAJOWY ZAKŁAD PSYCHJATRYCZNY.

CZCIONKAMI DRUKARNI J. B. LANGE W GNIEŹNIE.

TREŚĆ:

SOMMAIRE:

NOWINY PSYCHJATRYCZNE

DZIEKANKA

ROK VII. 1930 KWART. III-IV.

Prace oryginalne.

Krajowy Zakład Psychjatryczny Dziekanka. Dyr. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI

Rzadki przypadek orzecznictwa psychjatrycznego dotyczącego chorego, cierpiącego na sclerosis multiplex.[1])

Podał AL. PIOTROWSKI.

I. Orzeczenie psychjatryczne wydane na żądanie prezydenta policji w B. o stanie psychicznym posterunkowego H. z B.

A. Wywiady. Akta osobowe badanego informują, że policjant H. w dniu 2. 2. 1915 zastrzelił na ulicy B. konia zaprzągniętego do wozu ciężarowego, w mniemaniu, że ma przed sobą nieprzyjacielski transport amunicji. Z tego powodu został na zarządzenie lekarza powiatowego umieszczony w zakładzie psychjatrycznym, jako psychicznie chory. Krótko przed tem zajściem H. odgrażał się wobec swego przełożonego i napisał do prezydenta policji list, w treści i formie bezładny. W styczniu 1915 r. miał sprawy dyscyplinarne; zachowanie jego nie było poprawne. Z powodu choroby było mu wolno wychodzić tylko za zezwoleniem lekarza.

H. podał, że rodzeństwo jego było zdrowe. Ojciec zmarł w wieku lat 45 na zwapnienie żył. Brat ojca był chory psychicznie. Jako dziecko H. przechodził szkarlatynę i dyfterję, rozwijał się dobrze i wyszedł z 1-ej klasy szkoły ludowej; w szkole

1) Referat wygłoszony na posiedzeniu lekarzy w Dziekance dn. 10 maja 1929 r.

towarzysz uderzył go łyżwami w głowę, wskutek czego uderzony upadł na ziemię i stracił przytomność.

Po ukończeniu szkoły H. pomagał ojcu w warsztacie siodlarskim, następnie służył 12 lat w wojsku — z dobrym wynikiem, otrzymał „świetne“ papiery wojskowe. Stan jego zdrowia był rzekomo przez cały ten czas bardzo dobry; H. nie przechodził ciężkich chorób, w szczególności chorób wenerycznych, nie pijał, nie omdlewał, cierpiał tylko na zawroty głowy, zwłaszcza przy ćwiczeniach na drążku. W takich chwilach musiał zamknąć oczy. Przed 5 laty upadł z koniem, uderzył plecami o ziemię i dostał się pod wierzchowca. W początkach 1914 r. chorował na influencę. Był przeciążony pracą i czuł się źle: cierpiał na ucisk w oczach; raziło go światło i hałas; dokuczało mu mrowienie w kończynach dolnych, jak gdyby chrabąszcze po nim biegały; lada drobnostka wytrącała go z równowagi; wtedy drżał i czuł się bardzo osłabiony. Miał zmartwienie z powodu niesnasek z przełożonym, który twierdził, że H. jest niezdatny do służby, że zawiódł.

Na początku grudnia 1914 r. H. omdlał, przyczem upadł i uderzył potylicą o ziemię. Na gwiazdkę miał drugi napad z utratą przytomności, bóle i zawroty głowy, czuł się słabo na nogach, „jak rozbity“; nie mógł biegać. Stojąc w tramwaju nie mógł zachować równowagi. Był niespokojny i miewał okresy lęku, którego sobie nie umiał wytłómaczyć. Nocą nie sypiał. Nie wytrzymywał w łóżku. Słyszał głosy, „brzęczenie“ i szmery, wiedział jednak, że „w rzeczywistości ich nie było“. Miewał przejawy płaczu poniewolnego, oczy bez przyczyny łzawiły.

Powyższe wywiady zebrane z chorym zostały uzupełnione zeznaniami jego żony, która podała, że jest z H. zamężną już od 6 lat i ma troje zdrowych dzieci. Mąż jej w młodości przechodził zapalenie ślepej kiszki i egipskie zapalenie oczu. Ostatnio miewał „zawsze stany nerwowe“. Nagle tracił przytomność i padał na ziemię; łatwo zapominał, był drażliwy, gwałtowny wobec żony i dzieci. Lada drobnostka doprowadzała go do silnego podniecenia. Z powodu błahostek bił żonę, chciał ją zabić i dzieci, ponieważ żona wzbraniała się podpisać zredagowane przez niego pismo, niszczył wszelkie listy, obojętnie od kogo pochodziły. Był jednak dostępny dla perswazji i wówczas żałował swych czynów.

Nie sypiał wzgl. sypiał bardzo niespokojnie; w nocy wstawał, uprzątał balkon albo naprawiał instalację gazową. Czasem „widział

podwójnie“ albo niedowidział, niekiedy mówił szybko i powtarzał wyrazy.

Nadsłuchiwał jakichś głosów, zwidywał „postacie“. Żona znalazła u niego w szufladzie morfinę. Mąż czuł się „strasznie“ słabo na nogach, niedomagał też pod względem płciowym. Uderzała jego ogólna słabość podczas 14 dni, poprzedzających „nagłe zachorowanie“. Mimo słabości chory stale mówił o wojnie, twierdził, że zostanie podporucznikiem, porucznikiem; wstydził się swego policyjnego munduru i chciał wrócić do służby wojskowej. Stale żądał pieniędzy, i to dużo, chciał „założyć fabrykę“, wogóle przedsiębrać najrozmaitsze rzeczy. Żona bardzo go się bała i zarazem obawiała się o niego, nie zdobyła się jednak na tyle odwagi, by poczynić odpowiednie kroki. Stan jego pogarszał się, aż wreszcie doszło do katastrofy na ulicy B.

B. W y n i k b a d a n i a w s t ę p n e g o. W chwili przyjęcia do zakładu (dn. 2. 2. 1915 r.) badany był spokojny, przystępny, chętny, nie orjentował się jednak w miejscu, czasie i otoczeniu. Odpowiedzi jego były skąpe, pogmatwane. H. opowiadał, że „lekarz naczelny“ przysłał go do zakładu z powodu jego nerwowości, że od gwiazdki cierpi na bóle w ciemieniu, że jest podporucznikiem i chciałby natychmiast wyruszyć na front, że podczas patrolu konnego udało mu się zdobyć nieprzyjacielski tabor z amunicją.

Skarżył się na brak czucia w lewej kończynie, na silne zawroty, nadmierną wrażliwość słuchową, na stany depresji i myśli samobójcze. Nie potrafił liczyć, nie mógł sobie poradzić z prostemi zadaniami arytmetycznemi jak 48 — 13 (13 + 7 = 19, 28 — 5 = 24), nie umiał powtórzyć poprawnie liczb pięciocyfrowych ani słów obcych. Trudno mu było zebrać myśli. Zdolność zapamiętywania była osłabiona.

Krępy, otyły, H. objawiał następujące symptomy cielesne:

Na górnym odcinku lewego uda miejsce 10 cm. długie i 2 cm. szerokie, nieczułe na bodźce bolesne, padanie w tył przy zamkniętych oczach i zwartych stopach, słabość motoryczna w obu kończynach dolnych, drżenie rąk, wzmożone odruchy. Przy badaniu odruchów kolanowych pacjent podskakiwał z krzesła albo też podrzucał podudzie, zanim jeszcze młotek perkusyjny dotknął jego ciała. Źrenice zwężały się na światło prawidłowo. Mocz nie zawierał ani białka ani cukru.

Późniejsze badania chorego, który w międzyczasie odzyskał orjentację, dały wyniki następujące: chory powtarzał liczby

6-cyfrowe szybko i poprawnie, liczył dobrze i pewno. Nie mógł jednak zapamiętać 4-cyfrowej liczby i paradygmy podpowiedzianej w celach sprawdzenia sprawności zapamiętywania. Proste pojęcia etyczne oraz wydarzenia z życia codziennego definjował prawidłowo; rozpoczęte przez badającego zdanie doprowadził do końca dość poprawnie tak co do treści jak i pod względem formalnym, również umiał utworzyć zdanie z dwóch podanych mu wyrazów. W odpowiednio dobranym przykładzie dodał opuszczone głoski prawidłowo, bez znaczniejszej pomocy badającego, i zrekonstruował treść przykładu dobrze. Nie potrafił jednak zapamiętać prostego opowiadania, osnutego na tle codziennych wydarzeń, i nie mógł powtórzyć treści tegoż w porządku. Rekapitulacja ograniczała się do paru prostych, niezręcznych zdań, nie oddających myśli przewodniej opowiadania.

Zdolność kombinowania oraz sprawność sądzenia naogół nie były znacznie upośledzone, natomiast zdolność zapamiętywania, a po części i pamięć były osłabione.

Pod względem cielesnym chory przedstawiał następujące objawy chorobowe:

Na górnej części lewego uda poza miejscem nieczułem na bolesność, skóra na skutek podrażnienia mechanicznego czerwieniła się intensywnie. Potarcie podeszwy wywołało u pacjenta reakcję niezadowolenia z poceniem i skurczeniem mięśni. Przy zamkniętych oczach i zwartych stopach, badany padał wtył. Przy próbie piętc-kolanowej, jak również palco-nosowej ruchy kończyn wypadły bezładnie. Przy sięganiu do celu ruchomego ręce drżały. Ciemię było nadmiernie wrażliwe na opukiwanie, skroń na ucisk. Pole widzenia nie było zwężone ani przerwane, nie było też podwójnego widzenia, dno oka było normalne, rogówka nierówna — jak stwierdził okulista Dr. V. Natomiast występował nystagmus poziomy, wzmagający się przy spojrzeniach w dół, w prawo i w lewo, drganie mięśni około-ocznych. Uderzała ogólna hyperrefleksja, słabość motoryczna kończyn górnych i dolnych przy zachowanej sile rąk i stóp, drżenie rąk i stóp, drżenie rąk przy uścisku dłoni. Objaw Babińskiego niezawsze można było wywołać, natomiast przy pocieraniu zewnętrznego brzegu podeszwy jednej stopy, paluch drugiej strony przechodził w pozycję odruchu Babińskiego. Puls uderzał regularnie 80 razy na minutę; tony serca były czyste, narządy we-

wnętrzne bez zmian chorobowych. Dwukrotne badanie serologiczne dało wyniki ujemne.

C. Przebieg choroby. Pacjent przyszedł wkrótce do siebie i odzyskał równowagę psychiczną. Żądał, aby go przenieść na inny oddział, lub zwolnić, ponieważ jest zdrów i czuje się źle na oddziale obserwacyjnym. Dostępny perswazjom, chory chętnie poddawał się porządkowi zakładowemu. Wreszcie wżył się w nowe stosunki, zachowywał się spokojnie, prowadził się poprawnie, obawiał się o swą przyszłość, pytał często, co z nim będzie, czy nie zostanie emerytowany, czy nie mógby ewtl. otrzymać posady w wojsku Najchętniej wyruszyłby na front. Niekiedy był przygnębiony, trapiony myślą o samobójstwie. Przez pewien czas jeszcze wierzył w swoje urojenia, że zdobył nieprzyjacielską kolumnę z amunicją, pod wpływem częstych perswazji ze strony referenta porzucił tę myśl. Później zajścia na ulicy B. już nie pamiętał dobrze, nie rozumiał, jak się tam dostał i scena z koniem wydawała mu się snem.

Ogólny stan cielesny pacjenta ulegał wahaniom; chory skarżył się na bezsenność (a środki nasenne wypluwał), na ból głowy w ciemieniu, na ociężałość w nogach, na łatwe męczenie się, upadek sił, na słaby wzrok, zwłaszcza przy patrzeniu w bok.

Objaw Babińskiego, początkowo wątpliwy i niełatwo wywołalny z powodu ruchów obronnych chorego, pojawiających się wskutek nadmiernej wrażliwości na bodźce mechaniczne, przy późniejszych badaniach, dokonywanych w pewnych odstępach czasu, występował coraz wyraźniej i silniej po stronie lewej.

Z czasem stan cielesny chorego poprawił się, siła motoryczna w kończynach górnych i dolnych wróciła. Zaburzenia w koordynacji zmniejszyły się.

Również stan psychiczny zmienił się na lepsze, subjektywnie i objektywnie. Pod wpływem kuracji opiowej samopoczucie pacjenta wzmogło się. Chory ożywił się, stał sie towarzyskim i swobodnym, postępował rozsądnie, pomagał personałowi przy uspokajaniu chorych podnieconych, opornych. Pozostała tylko jeszcze drażliwość i skłonność do agresywności.

D. Wyniki badania końcowego. Pacjent skarżył się jeszcze na słabość, na ból i bolesność uciskową ciemienia, atoli naogół czuł się lepiej na nogach, nogi mu tak nie „ciężyły“ jak dawniej.

Pod względem psychicznym pacjent wykazywał jasną świadomość, był zupełnie zorjentowany, rozsądny, pogodny, zadowolony, spokojny, niekiedy tylko zdradzał skłonność do gwałtownych wyładowań afektywnych; pozatem zachowywał się poprawnie.

Pozostało tylko umiarkowane poziome drżenie gałek ocznych, wzmagające się przy patrzeniu w kierunku dolno-bocznym, drżenie powiek przy zamkniętych oczach, zamiarowe drzenie rąk występujące wyraźniej, gdy ręce zdążały za ruchomym celem, (silniej po stronie prawej niż lewej), drżenie rąk przy uścisku dłoni. Pacjent z trudem zginał kolana, stał niepewno i chwiał się przy zamkniętych oczach i zwartych stopach, niekiedy upadał w kierunku referenta.

Miejsce nieczułe na lewem udzie pozostało niezmienione, odruchy ścięgniste w kończynach dolnych żywe, odruchy podeszwowe wzmożone. Odruchów brzusznych górnych oraz odruchów jądrowych nie udało się wywołać. Objaw Babińskiego występował wyraźniej po stronie lewej niż prawej.

Źrenice reagowały na światło i akomodację prawidłowo. Puls pełny, nieco twardy, uderzał 84 razy na minutę, po wysiłku mięśniowym 102 razy.

E. O r z e c z e n i e. Badania somatyczne wykazały, że H. cierpi na organiczne zachorzenie ośrodkowego układu nerwowego w postaci stwardnienia rozsianego. Za tem przemawiają następujące objawy:

1) Zaburzenia w sferze czucia i koordynacji: nieczułość lewego uda na bodźce bolesne, silne chwianie się, a nawet padanie przy zamkniętych oczach i zwartych stopach.
2) Zaburzenia w dziedzinie ruchowej: drżenie i słabość motoryczna kończyn, zwłaszcza dolnych, drżenie zamiarowe prawej ręki, drżenie gałek ocznych przy spojrzeniach w bok, wzmagające się przy patrzeniu w dół, w prawo i lewo.
3) Zboczenia odruchowe: nader żywe odruchy patelarne i achilesowe, wzmożone odruchy podeszwowe, odruch Babińskiego, wyraźniejszy po stronie lewej niż prawej, brak odruchów brzusznych górnych.

Stan chorobowy objektywny uzupełniały dolegliwości subjektywne chorego jak bóle głowy, zawroty, omdlenia, bezsenność,

mrowienie, nadmierna wrażliwość na hałasy, uczucie ociężałości w nogach, łatwe męczenie się.

Stwardnienie wieloogniskowe powstaje u osób usposobionych do podobnych zachorzeń, nieraz po chorobach infekcyjnych, po zatruciu, urazie, przepracowaniu.

Z pośród wymienionych czynników znajdujemy niektóre w wywiadach badanego, np. obarczenie dziedziczne, upadek z koniem, influenca.

„Przepracowanie“ w r. 1914, na które pacjent się skarżył, należy tłómaczyć jako subjektywne poczucie insuficjencji w istniejącym już schorzeniu układu nerwowego.

Skargi chorego z wywiadów nie stały w sprzeczności z objektywnym obrazem chorobowym i przemawiały — w łączności z wiarogodnemi zeznaniami żony pacjenta — za tem, że H. chorował na stwardnienie wieloogniskowe już na szereg miesięcy przed katastrofą z dnia 2-go lutego 1915.

Stwardnienie rozsiane przechodzi na mózg, więc może wywołać zboczenia psychiczne, jak zapomliwość, zaburzenia w dziedzinie zmysłów, przelotne urojenia, stany podniecenia, stany bredzeniowe. W stanach tych myśli się plączą. W wielu przypadkach chorzy zatracają zdolność sądzenia i nie potrafią przewidzieć skutków swych czynów.

Wywiady oraz obserwacja kliniczna wykazały u H. istnienie chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, jak urojenia, stany podniecenia, zapomliwość, osłabienie zdolności zapamiętywania, stan dezorjentacji w chwili wstąpienia do zakładu psychjatrycznego.

Uderzające, niepoprawne zachowanie się H. w ciągu ostatnich miesięcy r. 1914, zwłaszcza w miesiącu styczniu r. 1915, a w szczególności w dniu 2-go lutego 1915 w chwili dokonywania czynu inkryminowanego na ulicy B., tłómaczy się zboczeniem psychicznem powyżej scharakteryzowanem. H. popełnił czyn swój w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych, który to stan wykluczył jego zdolność swobodnego kierowania wolą.

Wobec tego H. nie odpowiadał za postępki swoje w ostatnich miesiącach r. 1914 w ogólności, a za czyn popełniony w dniu 2. 2. 1915 w szczególności, w myśl § 51 n. k. k.

Należy dodać, że badany — w początkach obserwacji — przedwczesnem podskakiwaniem wzgl. podrzucaniem podudzia podczas wywoływania odruchu kolanowego oraz swą skłonnością do padania w kierunku podpory, np. łóżka, krzesła, referenta, budził

podejrzenie o symulację, a conajmniej przesadę. Ze względu jednak na liczne objektywne, niedwuznaczne pozytywne znamiona chorobowe — agrawacja ta, o ile nią była, nie odgrywała żadnej roli i pozostała bez wpływu na ostateczne wnioski referenta. Na podkreślenie zasługuje szczegół, że chory nie robił naogół wrażenia, jakoby symulował albo przesadzał; przeciwnie, H. silił się na poprawne postępowanie i starał prowadzić się dobrze; jego dobre prowadzenie się miało korzystny wpływ na innych chorych.

W końcu obserwacji stan psychiczny badanego poprawił się o tyle, że nasilenie choroby znacznie się zmniejszyło — poza brakami pamięciowymi. Dalsze leczenie u specjalisty i kuracja (niekoniecznie w zakładzie zamkniętym) były wskazane, poczem należało spodziewać się istotnej poprawy i powrotu zdolności do pracy, atoli na stanowisku, nie wymagającem nadmiernego wysiłku cielesnego (praca biurowa). W razie emerytowania, mianowanie kuratora dla H. (§ 1910 n. k. c.) w danych warunkach nie było koniecznie potrzebne.

Ponieważ w stwardnieniu wieloogniskowem nawroty się zdarzają, zalecało się zarządzić ponowne badanie lekarskie chorego co do jego stanu zdrowia pod koniec roku 1916.

Na podstawie powyższego orzeczenia H. został uniewiniony i zwolniony ze służby z emeryturą. Kilka miesięcy później dopuścił się czynu karalnego i został oskarżony o oszustwo. Prokurator zażądał ponownego zbadania H. i orzeczenia sądowo-psychjatrycznego o stanie psychicznym wymienionego.

II. Orzeczenie, wydane — na żądanie prokuratora Sądu Okręgowego w B. w sprawie karnej przeciw emerytowanemu posterunkowemu M. H. z Ch., oskarżonemu o oszustwo, co do jego stanu psychicznego w chwili dokonania czynu karalnego. Orzeczenie było sporządzone na podstawie:

1) akt sądowych,
2) na podstawie własnych zeznań oskarżonego,
3) na podstawie jego karty szpitalnej z Zakładu Psychjatrycznego E. w Ch.
4) na podstawie spostrzeżeń referenta.

A. W y w i a d y. H. dopuścił się czynu karalnego, mianowicie wyłudził pod fałszywym pretekstem od B. pożyczkę w kwocie 300.— mk. Świadkowie zeznali, że H. (podsądny) był „zupełnie normalny“ w czasie krytycznym.

H. podał co następuje:

Po opuszczeniu Zakładu Psychjatrycznego E. w Ch. czuł się dobrze tak pod względem cielesnym jak i psychicznym, tylko łatwo się męczył. Nie mógł długo biegać. Przed 3 tygodniami zemdlał, przytomność stracił na ca. 6 godzin. Wnioskował to z faktu, że „o godz. 4-tej po południu" przebudził się, leżąc na podłodze. Następnego dnia czuł się bardzo osłabionym. W przedmiocie inkryminowanej pożyczki badany zeznał co następuje: miał zamiar założyć fabrykę przyborów wojskowych i potrzebował na to pieniędzy. Pożyczył je od pewnej kobiety, której nazwiska nie pamięta. Wogóle stał się bardzo zapomliwy. Umieścił anons w gazecie, na który zgłosiła się B. Tym sposobem doszedł do pieniędzy, zakupił narzędzia siodlarskie, postarał się o pracę domową i pracą tą się trudnił.

B. W y n i k b a d a n i a. Badany bardzo źle wyglądał, zestarzał się, wychudł, stracił 20 funtów wagi i wykazywał następujące objawy chorobowe. Drżenie gałek, drżenie zamiarowe, zwłaszcza prawej ręki, bezład ruchowy przy próbie palco-nosowej, słabość ruchową w górnych i dolnych kończynach, chwianie się, a nawet padanie przy zamkniętych oczach i zwartych stopach, wzmożone odruchy ścięgniste, wybitny objaw Piotrowskiego po prawej stronie. Odruchu Babińskiego z powodu żywych ruchów obronnych badanego nie dało się wyraźnie stwierdzić.

Przy badaniu inteligencji uderzały obserwatora liczne braki pamięciowe badanego. H. nie potrafił powiedzieć, gdzie się przed 8 dniami albo przed miesiącem znajdował i co wówczas robił. Abecadła nie umiał poprawnie od początku do końca przepowiedzieć; zaczynał kilkakrotnie, przerywał, nie mógł kontynuować, zaczynał od początku, przerywał znowu, opuszczał cały szereg głosek i w końcu z rezygnacją do niekompletnego tworu dodawał głoski końcowe. Badany nie mógł wymienić największych rzek Niemiec i tłómaczył się, że dawniej umiał wymienić wszystkie bez wyjątku od początku do końca. Jako stolicę Bawarji wymienił Würzburg, jako stolicę Saksonji — Lipsk. H. nie był zdolny powtórzyć 6 pojedyńczych liczb. W liczeniu był słaby, niezaradny. $8 \times {}^{1}/_{5} = {}^{40}/_{5}$. Badany był przygnębiony, lękliwy, i zdradzał oznaki urojeń prześladowczych, miał bowiem wrażenie, że jego były przełożony, porucznik S., prześladuje go.

C. O r z e c z e n i e. Wywiady i badania wykazały, że H. od dłuższego czasu cierpiał na organiczne zachorzenie centralnego

układu nerwowego w postaci stwardnienia rozsianego. Choroba ta jest przewlekła i występuje niekiedy okresowo w ostrej postaci. Okres taki o znacznem nasileniu istniał u badanego w dniu 2-go lutego 1915 r., kiedy H. zastrzelił konia. Stwardnienie wieloogniskowe przechodzi także i na mózg i wtedy wywołuje zaburzenia psychiczne. W dniu 2-go lutego 1915 H. cierpiał na chorobowe zaburzenia psychiczne i w tym czasie popełnił czyn karalny, który jednakże nie był mu poczytany ze względu na jego chorobę psychiczną.

Co się tyczy czasokresu, w którym badany dopuścił się oszustwa, t. j. dnia 20. IV. 1915 r., to ani akta sądowe ani badanie nie wykazały żadnych momentów, któreby przemawiały za tem, że badany w chwili dokonania czynu karalnego znajdował się w stanie chorobowych zaburzeń władz psychicznych, wykluczających zdolność swobodnego kierowania wolą. H. nie był pomieszany, nie miał halucynacji i urojeń, orjentował się dobrze, działał rozważnie i ostrożnie i zdawał sobie dokładnie sprawę z postępowania swego.

Odpowiedź więc na pytanie zaistnienia u H. kryterji z § 51 n. k. k. musiała tym razem wypaść negatywnie.

Cierpienie badanego występowało przeważnie w sferze somatycznej. Natomiast braki psychiczne dotyczyły wyłącznie sfery czynności technicznych. Czynności syntetyczne nie były chorobowo zmienione w tak znacznym stopniu, ażeby H. nie mógł mieć świadomości swych czynów i ich skutków. W dniu 2-go lutego 1915 r. H. znajdował się w stanie pomieszania. Niema jednak podstaw do przyjęcia stanu takiego u H. również w dniu 20-go kwietnia 1915 r. Przeciwnie, świadkowie zajścia — jak z akt wynika — stanowczo twierdzili, że H. robił wrażenie człowieka „zupełnie normalnego“. Chociaż podobne zeznania laików nie mają wielkiego znaczenia, ponieważ i osoby psychicznie chore mogą na laika robić wrażenie normalnych, — to jednak w tym przypadku niema żadnych danych, któreby można twierdzeniu świadków, że H. był normalny, przeciwstawić.

* * *

Przypadek niniejszy zasługuje na szczególną uwagę przedewszystkiem z tego powodu, że chodzi tu o cierpienie rzadko spotykane w orzecznictwie sądowo-psychjatrycznem.

M. Köppen np. w swojem dziele: „Sammlung von gerichtlichen Gutachten, Berlin 1914, S. Karger“, nie podał żadnej ekspertyzy sądowo-psychjatrycznej, którąby dotyczyła przestępcy, cierpiącego na sclerosis multiplex. Tak samo autor podręcznika psychjatrji sądowej (Lehrbuch der forensischen Psychiatrie, Bonn 1914, A. Marcus & E. Webers) H. Hübner z własnej praktyki nie przytoczył ani jednego przypadku sądowego ze stwardnieniem rozsianem. Powołuje się on na Raeke'go, który pierwszy zwrócił uwagę na fakt, że sclerosis multiplex może stanowić przedmiot rozważań sądowo-psychjatrycznych. Raeke obserwował dwóch przestępców ze stwardnieniem rozsianem; jeden w stanie depresji podpalił, drugi z ubytkami w sferze intelektualnej dopuścił się nierządu z dziećmi. W dostępnej mi, dość obszernej literaturze lekarskiej z ostatnich 10 lat, nie spotkałem się z tematem traktującym o przestępstwie popełnionem przez chorego, cierpiącego na sclerosis multiplex.

Rzadkość stwardnienia rozsianego w psychjatrji sądowej tłómaczy się tem, że jest ono w pierwszym rzędzie chorobą nerwową, a nie psychjatryczną. Znaczniejsze zaburzenia psychiczne pojawiają się dopiero w późniejszym okresie cierpienia, kiedy osoba chora, z powodu zniedołężnienia cielesnego, jest przykuta do łoża i niezdolna do działania.

Niekiedy jednak, gdy cierpienie umiejscowione jest więcej w mózgu niż w rdzeniu, zaburzenia psychiczne już w początkowym okresie zachorzenia występują wyraźniej od objawów cielesnych, a chory robi wrażenie osoby cierpiącej w pierwszym rzędzie na psychozę. Zaburzenia psychiczne objawiają się w postaci omamów, urojeń, pomieszania. Bing wprawdzie przyjmuje, że omamy i pomieszanie nie są właściwymi objawami stwardnienia rozsianego, a jeżeli towarzyszą chorobie, to komplikują tylko obraz chorobowy; Bing wyraża opinję, że chodzi wtedy o chorobę nerwową (sclerosis multiplex) i psychozę. Temu przeczą jednak wyniki badań anatomo-patologicznych, które wykazały w mózgach nieboszczyków ze stwardnieniem rozsianem organiczne zmiany w postaci mniejszych ognisk w korze mózgowej. Gdzie kora mózgowa jest zaatakowana, tam pojawiają się zaburzenia psychiczne. W późniejszych okresach choroby występują zboczenia psychiczne jak upośledzenie władz umysłowych w postaci osłabienia pamięci i zmniejszenia sprawności zapamiętywania oraz przytępienia krytycyzmu. Nastrój jest przeważnie pogodny, ra-

dosny, euforyczny; chory jest cierpliwy, zadowolony, przyjazny, niezorjentowany co do ciężkości swego stanu, albo też chory staje się egoistycznym, stale niezadowolonym, opryskliwym, pretensjonalnym, bezwzględnym, wymagającym, niecierpliwym, złośliwym, wybuchowym, i wysila się na dokuczanie otoczeniu.

W przypadku, gdzie choroba umiejscowiona jest w korze mózgowej, a rdzeń nieznacznie naruszony tak, że chory może się swobodnie poruszać i pod względem motorycznym obowiązki swoje pełnić, — na pierwszy plan wysuwają się zaburzenia psychiczne w postaci omamów, urojeń, pomieszania, i w takim stanie chory, który z powodu tych zaburzeń psychicznych nie umie się jak należy orjentować w sytuacji, może popełnić czyn, stojący w sprzeczności z porządkiem publicznym i tym sposobem może się narazić na konflikt z kodeksem karnym.

Ponieważ obraz chorobowy pod względem cielesnym w początkowym okresie zachorzenia może mieć kontury zamazane, przeto nie trudno o omyłki djagnostyczne, zwłaszcza jeżeli istnieje nieruchomość źrenic, co się niekiedy zdarza w stwardnieniu rozsianem. Wtedy nasuwa się myśl o kile mózgo-rdzeniowej względnie o porażeniu postępującem, ponieważ i w porażeniu postępującem pojawiają się parezy spastyczne, drżenie, napady apoplektyczne, zaburzenia mowy. Atoli drżenie u paralityka jest drobnofaliste, szybkie i umiejscowione przeważnie w palcach, mowa nie jest skandująca i przerywana, lecz jest powolna i zamazana; pozatem, zaburzenia psychiczne mają charakter specyficzny. Sprawę ostatecznie wyjaśni badanie serologiczne. Należy mieć na uwadze okoliczność, że stwardnienie rozsiane (wieloogniskowe) może być skombinowane z porażeniem postępującem. Wtedy trudności djagnostyczne się potęgują.

Podobieństwo istnieje także z pseudosklerozą Westphala. Pseudosklerotyk jest dementywny, apatyczny, pomieszany, gniewliwy, wybuchowy. Różnica między nim a osobą cierpiącą na stwardnienie rozsiane (wieloogniskowe) polega na tem, że u pseudosklerotyka niema drżenia gałek ocznych i zmian w nerwie wzrokowym; ruchy mięśni twarzowych są powolniejsze, pozatem pseudosclerosis zachodzi u dzieci, sclerosis multiplex zaś u dzieci nie zachodzi.

Do stwardnienia rozsianego (wieloogniskowego) podobne jest niekiedy porażenie mózgu z drżeniem posthemiplegicznem, gdy drżenie to objawia charakter drżenia zamiarowego.

Nystagmus, mowa skandująca i objawy móżdżkowo-ataktyczne zachodzą także w ataksji dziedzicznej, więc moment ten należy uwzględnić. Nie mniejsze trudności powstają dla djagnosty w przypadku guza mózgowego, albowiem guz nieraz powoduje zespół chorobowy, podobny do obrazu stwardnienia wieloogniskowego (rozsianego).

Z powodu wielorakości przejawów choroba może być przeoczona, zwłaszcza w początkowym okresie, i w przypadku zboczeń psychicznych rozpoznana pod innym tytułem, np. jako porażenie postępujące wzgl. kiła mózgo-rdzeniowa, co nietrudno zrozumieć, jeżeli się weźmie pod uwagę szczegół, że ujemny wynik badania serologicznego nie jest uważany za dowód przemawiający przeciwko istnieniu zaburzenia kiłowego centralnego układu nerwowego. Pod tym względem przypadek zreferowany jest pouczający. Zestawiwszy objawy patologiczne, występujące u badanego, w zespół chorobowy, po uwzględnieniu wszelkich zastrzeżeń, po ustaleniu momentów charakterystycznych, jak powstanie i przebieg choroby, jej obraz kliniczny i przejawy psychotyczne, musimy przyjść do wniosku, że chodzić tu może tylko o sprawcę, cierpiącego na stwardnienie rozsiane (wieloogniskowe) z zaburzeniami psychicznemi, który za czyn (gdy strzelił do konia) nie odpowiadał, ponieważ dokonał go w stanie pomieszania, natomiast odpowiadał za oszustwo, albowiem — w chwili dokonania czynu nie znajdował się w stanie zaburzeń psychicznych — H. nie miał omamów, urojeń, nie był pomieszany, nie był tak dementywny, aby nie mógł rozpoznać doniosłości swoich postępków.

Hôpital Psychiatrique Public de Posnanie à Dziekanka.
Dir. Dr. med. Dr. phil. AL. PIOTROWSKI.

Expertise médico-légale sur un cas de sclérose disseminée.

Par AL. PIOTROWSKI.

L'auteur fait remarquer que ce n'est qu'exceptionnellement que les personnes atteintes de la sclérose disseminée sont soumises à l'expertise médico-légale. La sclérose disseminée n'exclut

pas la responsabilité. Toutefois les troubles psychiques causés par la sclérose disseminée peuvent priver le malade du sens d'orientation et anéantir la responsabilité comme dans le cas de l'individu atteint de ce mal qui a accompli un acte punissable dans un état d'irresponsabilité déculant de troubles psychiques (il a tiré sur un cheval, pensant se trouver devant un transport d'amunition ennemi). Une autre fois sans être sous l'influence de pareils troubles il a soutiré de l'argent par ruse.

Dans le premier cas l'affaire a été amortie, dans le second l'individu a été reconnu responsable de son acte.

Niepamięć wsteczna po postrzale głowy

(Zabójstwo żony i syna oraz usiłowane samobójstwo)

podał Dr. JÓZEF BEDNARZ.

W centrum wielkiego miasta w jednym z ogrodów publicznych, w południe, gdy pełno tam było dzieci i publiczności, raptem rozległy się jeden po drugim kilka strzałów rewolwerowych, i przerażona publiczność ujrzała na trawniku broczących krwią kobietę, mężczyznę i dziecko. Stało się to tak szybko i niespodziewanie, iż nikt nie zdążył zapobiec katastrofie. Zaalarmowane pogotowie ratunkowe stwierdziło śmierć dziecka i ciężki stan kobiety oraz mężczyzny. Po przywiezieniu do szpitala kobieta zmarła, mężczyzna zaś został przy życiu, ale przez dłuższy czas nie mógł odzyskać przytomności. Stało się to 23. VI. 1926 r. Z dokumentów znalezionych przy chorym wynikało, iż jest to p. S., buchalter, zabita kobieta — jego żona, a dziecko — ich synek. W szpitalu na oddziale chirurgicznym postawiono djagnozę: „Vulnus sclopetarium capitis" i stwierdzono, że „chory leży nieprzytomny, na pytania nie odpowiada. Prawa powieka podbiegnięta krwią. W nosie widać zakrzepłą krew. Źrenica prawa b. rozszerzona, na światło nie reaguje. W okolicy prawej skroni widać otwór wejściowy wielkości ziarnka grochu. Otwór znajduje się na palec ponad kością licową ku górze, na palec od przewodu słuchowego zewnętrznego. Tętno 84, miarowe, dobrze napełnione. Wieczorami temperatura podnosi się. Badanie płynu mózgowo-rdzeniowego dało wynik ujemny." Przez cały czas chory nie

odzyskiwał przytomności. Dopiero 12. lipca usiadł on na łóżku i zaczął rozglądać się po sali. Przekonawszy się, że źle widzi, zwrócił się on do lekarza o wyjaśnienie w tej sprawie. W tydzień później przeprowadzono badanie wzroku, które wykazało, że na prawe oko chory zupełnie nie widzi i niema poczucia światła, na lewe zaś — widzi i liczy palce na odległość metra. Powieka prawa opuchnięta. Prawa kończyna górna słabsza niż lewa. Przy chodzeniu chory powłóczy nogą prawą. Prześwietlenie promieniami Roentgena wykazało obecność kuli w płacie tylnym w mózgu. Stwierdzono również, iż chory „stracił pamięć, nie orjentuje się co do czasu i miejsca". 2. sierpnia biegły sądowy podczas badania stwierdził, iż „prawa powieka opuszczona, prawa szpara oczna b. wązka, prawa źrenica szersza od lewej, niekształtna, nie oddziaływuje na światło i na przystosowanie. Na prawe oko nie widzi, lewem czyta gorzej niż poprzednio. Skarży się na odrętwienie prawej ręki. Żona podług niego jest w mieście Wł., przebywa tam na urlopie. jest tam z synem od trzech tygodni. Sam on jest w szpitalu więziennym dla tego, że został aresztowany, a to rzekomo za zabójstwo żony i syna. Zaprzecza temu. Zachorował poraz drugi. Chorował przed 3-ma laty na bok i głowę. Obecnie jest chory od 1. VII. 26. Po tygodniowym pobycie w szpitalu spostrzegł, iż nie widzi na prawe oko. Przeczy niby otrzymał postrzał w głowę, jak również neguje by zabił żonę i dziecko. Na przytoczone z aktów szczegóły odpowiada, iż jest to niemożliwe, bo żona odwiedzała go w szpitalu i gościła może godzinę. Mówiła, że jedzie na urlop. Potem prosi o podanie szczegółów śmierci żony, słuchając tego przejmuje się."

Wobec tych objawów Sąd Okręgowy na wniosek lekarza-biegłego skierował pana S. na obserwację do szpitala w Tworkach. Obserwację rozpoczęto 4 września 1926 roku. Z wywiadów udzielonych przez rodzinę dowiadujemy się, iż rodzice jego żyją. Ojciec jest alkoholikiem, pozatem uparty, impulsywny, „skory do bicia", ciężki w pożyciu domowem. Matka jest kobietą słabą, spokojną, „łagodnego charakteru, uległa", 2 siostry są psychicznie zdrowe, zrównoważone. W rodzinie ze strony ojca wogóle „wszyscy są nerwowi, gwałtowni, uparci, lubią wypić".

Nasz pacjent rozwijał się prawidłowo. Nauczył się dość prędko czytać i pisać. Już jako kilkunastoletni chłopiec dokuczał swoim siostrom, młodszym od siebie, bił je i szczypał.

W stosunku do obcych zachowywał się poprawnie. Zwierząt nie męczył. Ojciec chciał go uczyć stolarki, na co on się nie zgodził, wolał „czytać książki“. Po rozmaitych peregrynacjach, połączonych z wojną światową, wrócił on do kraju z chwilą ukonstytuowania się Państwa Polskiego i wkrótce zaczął pracować w bankach jako buchalter. Ostatnio pracował w pewnej firmie importowej. Jako pracownik miał on dobrą markę. Poza pracą biurową uprawiał on jeszcze grę giełdową. Grał ostrożnie, bez hazardu i zawsze z tego ciągnął zyski, sięgające kilkuset złotych miesięcznie. Na siebie wydawał nie dużo, wolną gotówkę pożyczał na godziwy procent. W rachunkach był pedantyczny. Śród znajomych i kolegów miał dobrą opinję, w domu jednak był ciężki w pożyciu „zgryźliwy, żółciowy, często wybuchał, a wtedy bił swoje siostry, już wtedy dorosłe panny“. Przed 3-ma laty ożenił się. Małżeństwo nie było dobrane, wskutek czego bywały między nim a żoną nieporozumienia, które po urodzeniu synka stały się częstsze. Dochodziło do tego, że pacjent nasz nawet bił żonę, wskutek czego uciekała ona do znajomych. Ostatnia sprzeczka miała miejsce na początku wiosny 1926 r.; żona zbita przez naszego pacjenta tym razem uciekła, zabrawszy z sobą synka, i rozpoczęła kroki rozwodowe (ślub był wzięty w kościele ewangielickim). Narazie nasz pacjent nie nadawał temu znaczenia, ale kiedy został oficjalnie zawiadomiony 29 maja 1926 o postępowaniu rozwodowem, ogromnie się tem przejął i pod pierwszem wrażeniem powziął zamiar użyć rewolweru do rozwikłania tej sytuacji. Napisał list pożegnalny do przyjaciela i dał mu pewne dyspozycje co do należnych mu od dłużników pieniędzy. Listy datowane były 29. V. 26. Z powodów bliżej nie znanych ostatecznie zaniechał on tego zamiaru i użył tylko pod adresem żony pogróżek, że ją zabije. Dzięki jednak interwencji znajomych stanęła wkrótce między małżonkami taka umowa: nasz pacjent obiecał nie przeciwstawiać się rozwodowi, a za to otrzymał zgodę — na widywanie się z synkiem parę razy w tygodniu. Widzenia te jednak miały odbywać się zawsze w obecności innych osób. Od tego czasu pan S. zewnętrznie wydawał się być spokojnym, aczkolwiek trapił go niepokój wewnętrzny, z którym zwierzał się on jedynie ojcu, do którego był bardzo przywiązany. Z luźnych odezwań się jego można było podejrzewać, iż nosi się on z zamiarem zabicia syna, bo gdy pewnego razu synek bawiąc się z nim w ogrodzie

skoczył na trawnik, za co został upomniany przez stróża, pacjent nasz odezwał się: „co ja mu będę bronił, kiedy i tak może już długo nie będzie żyć!“ Tymczasem sprawa rozwodowa posuwała się naprzód. 15. VI. 26 wręczono mu przez woźnego wezwanie do sądu konsystorskiego, które on osobiście pokwitował. Wezwaniem tem był on bardzo struty, ale nie dawał tego znać po sobie. Odwiedzał często rodzinę, snuł wobec niej plany wyjazdu zagranicę, motywując konieczność tego wyjazdu „skandalem rozwodowym“, który robi z niego w oczach sąsiadów pośmiewisko. Ubolewał on nad losem swego syna, z którym wciąż się widywał, a nawet przychodził z nim do rodziców. Do biura przez cały czas chodził, dobrze tam pracował i wobec swoich współpracowników w niczem nie zdradzał swego stanu wewnętrznego. 22. czerwca 1926 r. stawił się on na sąd konsystorski, gdzie przysłuchiwał się zeznaniom świadków. Świadkowie zeznawali dla niego nieprzychylnie, podkreślając jego brutalne traktowanie żony. Protokół tego przesłuchiwania jest podpisany przez wszystkich, a w tej liczbie i przez naszego pacjenta. Podkreślił on w tym protokóle niektóre zdania, a w końcu dodał od siebie zastrzeżenie, że wszystkie zdania, które on podkreślił czarnym atramentem, „są krzywoprzysięgane“.

Protokół nosi datę 22 czerwca 1926 r. Z sądu wyszedł nasz pacjent pod silnem wrażeniem tego, co o sobie usłyszał.

Tegoż dnia wieczorem był on u rodziców. Mówił, że nazajutrz razem z synkiem opuszcza na zawsze Warszawę, a gdy ojciec wyraził chęć odprowadzenia go, odpowiedział, że jedzie nie koleją tylko samochodem przyjaciela, i nie wie jeszcze dobrze, o której godzinie nastąpi odjazd. Pożegnał się z rodzicami i wrócił do domu.

Nazajutrz, t. j. 23 czerwca w południe, udał się on do ogrodu publicznego, dokąd żona właśnie przyprowadziła synka na kolejne widzenie z nim. Po przywitaniu się S. strzelił do żony, która padła na trawnik, brocząc krwią. złapał potem za rączkę $1^1/_2$ letniego synka i dał do niego 2 strzały, kładąc go trupem, nareszcie strzelił sobie w prawą skroń i padł też na trawnik. Przy oględzinach na miejscu u S. znaleziono list zaadresowany „Do policji“, datowany 22/VI. 26, w którym komunikuje on, iż w jego mieszkaniu jest 15 listów, adresowanych do rozmaitych osób i instytucyj. Osobno podaje on adres tych osób i prosi policję o doręczenie im tych listów „za pokwitowa-

niem“ Znaleziono istotnie w mieszkaniu listy; były one datowane 22/VI. 26 i napisane do pracodawcy, do rodziców, do teściowej, do adwokata, do żony, do kolegów, do kilku znajomych, nareszcie do urzędu śledczego i do „Kurjera Warszawskiego“. W liście do przyjaciela prosi on o ściągnięcie należnych mu sum od dłużników, spis których załącza, daje dyspozycje co do tych sum, jak również co do swoich mebli. Treść listów do innych osób jest rozmaita, ale odpowiednio dostosowana; czule pisze on do rodziców, uprzejmie i grzecznie — do znajomych, zjadliwie do teściowej i adwokata żony; w ostatnim liście sarkastycznie zaznacza on, iż jest to pierwszy wypadek, kiedy adwokat za niedokończony proces rozwodowy otrzymuje „trzy krzyże“. W liście do teściowej pisze.: „... bardzo mi przykro, iż muszę Cię pozbawić ostatniej córki... Sądzę, że nie byłaś tak naiwną, ażeby przypuszczać, że ja Ją zostawię sam się usuwając“. W kilku listach do znajomych prosi on, by pochowano go razem z synem na cmentarzu ewangelickim i podaje, jaki ma być napis na płycie kamiennej na ich mogile: „Tu spoczywają zwłoki Śp. K.... S...... lat 29 i syna jego J.. ... 1½ lat, którzy zginęli śmiercią tragiczną dnia 23. VI. 1926 r.“. W liście do „Kurjera Warszawskiego“ próbuje on motywować swój czyn: „... nie popełniłem tego w uniesieniu, ani z braku odwagi do przyszłego życia, pisze on, tylko z rozpaczy nad moim rodzonym synem, którego nie chciałem pozbawić matki z nim uciekając, a sam nie mógł bym żyć w sąsiedztwie. I dlatego zwracałem się do mojej obecnie już nie żyjącej żony, ażeby zaniechała procesu o rozwód ze względu na syna, którego winniśmy wychować, ale ona odmówiła...“. Dalej w liście robi on niepochlebne aluzje co do przeszłości żony, przestrzega inne kobiety przed naśladowaniem jego „byłej“ żony. W końcu prosi o zatytułowanie całego listu jak następuje: „Zabójca rodzonego syna, żony i samobójca“. Data na liście — 22. czerwca 1926 r.

W szpitalu w Tworkach zachowywał się S. poprawnie i nie nastręczał pod tym względem żadnych trudności. Był dobrze zorjentowany, utrzymywał naogół dobry raport z otoczeniem i lekarzem. Chętnie poddawał się on badaniom, z gotowością odpowiadał na wszelkie pytania. Jeżeli zaś rozmowa przechodziła na temat jego sprawy, mówił zawsze w tonie ironicznym, podejrzewając lekarza, że kpi sobie z niego i stara

się w niego wmówić rzeczy nieprawdopodobne. Dowcipy jego były, jak się to mówi — „dość ciężkie“, chociaż naogół unikał on ordynarności i wysilał się na galanterję. W stosunku do otoczenia zachowywał się S. obojętnie ale poprawnie, nie wykazywał ani zbytniego zainteresowania sprawami swoich sąsiadów, ani też nie zdradzał specjalnych tendencyj do zwierzania się im ze swoich utrapień. Potrafił on nienagabywany przez lekarza przez całe dnie nie zwracać się do niego z żadną prośbą. Mało interesował się tak sprawami oddziałowemi, jak własnym swoim losem, zdradzał pewne niedocenianie powagi swojej sytuacji. Gdy go się pytano, co będzie on robił po opuszczeniu szpitala, odpowiadał dobrodusznie uśmiechając się: „poszukam posady, będę zarabiał; może teraz będzie trochę trudniej z posadą, bo gorzej widzę i ręka boli, ale jakoś sobie poradzę“. Nie wykazywał on wcale zrozumienia całej powagi swojej inwalidności. Czasem dodawał, iż wtedy postara się wyświetlić całą sprawę co do zabójstwa żony i syna, o ile to jest prawdą. Mówił to jednak bez przydźwięku uczuciowego, raczej mając na względzie własną rehabilitację niż wyświetlenie losu żony i syna. Utratę wzroku na prawe oko tłumaczył on niedbalstwem lekarza na oddziale chirurgicznym, gdzie miał się on znaleźć z powodu „przeziębienia prawego boku“ t. j. prawej strony. Tak tłumaczy on swoje fizykalne zaburzenia prawostronne. Co prawda ojciec mówił mu kilkakrotnie, że żona i syn nie żyją, musiał mu więc wierzyć, bo ojciec nie kłamie, ale jednak wydaje się mu to nieprawdopodobnem. Ze względu na swój defekt wzrokowy nic nie czyta, tylko czasem słucha, jak ktoś czyta na głos książkę lub gazetę.

Badanie sfery intelektualnej wykazuje pewne mankamenta: S., który był buchalterem w banku, bardzo słabo orjentuje się w ustroju politycznym Państwa. Państwem rządzi, podług niego, sejm, mając do dyspozycji ministrów, z drugiej strony sejm ten „ ma słuchać senatu“. Co miał robić w tak rozumianym ustroju Prezydent — badany nie mógł powiedzieć, jednak zaznaczył, że jest on potrzebny, bo „ktoby ułaskawiał?“ Nie znał się on wcale na podziale Państwa na województwa i powiaty i nie mógł powiedzieć, co to jest wojewoda. W miastach rządzą podług niego prezesi miast, a wieś, jego zdaniem, „podlega miastu“. Wiedział on jednak dobrze, co robi lekarz, adwokat, inżynier, ksiądz, stolarz i t. d. Szkolnych wiadomości posiadał

S. bardzo mało tak w zakresie geografji, jak i historji oraz matematyki. Jednak proste działania arytmetyczne wykonywał dobrze. Sam proces myślenia nie naruszony, mówi on nieco powolnie, ale podobno zawsze tak mówił, wnioskuje naogół formalnie konsekwentnie, logicznie, ale bardzo płytko. W swoich określeniach stara się on być drobiazgowo ścisłym. Różniczkuje wcale dobrze i prędko. Kojarzenia szybkie, ale przeważają zaimki, co świadczy o pewnem zubożeniu w słowa i pojęcia. Nastawień kompleksowych nie stwierdzono. Zdolność do zapamiętywania zachowana: z 5-ciu wyrazów po 5-ciu minutach pamiętał wszystkie pięć. Podług zaś Bernstejna z 9 rysunków poznaje 6, dając 3 mylne odpowiedzi. Jednak co do przeszłości wykazuje znaczne zaburzenia pamięciowe. Od samego początku zostało stwierdzone, iż sam tragiczny wypadek z dnia 23. VI. 26, oraz cały okres późniejszy, aż do dnia 12 lipca 26, jak również poprzedzający go rozpoczynając od 15. VI. 26, zupełnie wypadł z pamięci chorego, wypadł nie wybiórczo, tylko kompletnie. Ta luka pamięciowa później zupełnie się nie zmienia. Pamięta on jakby przez mgłę, że dostał przez pocztę wezwanie do sądu konsystorskiego (faktycznie wezwanie doręczył mu woźny), a następnie pamięta, jak usiadł na łóżku w szpitalu, zaczął rozglądać się po sali i zauważył, że źle widzi (było to 12. VII. 26 podług karty szpitalnej). Nie pamięta on, jak strzelał w ogrodzie do żony, dziecka i do siebie, jak był na sądzie konsystorskim, nie pamięta swoich wizyt u rodziców w dniach od 13. VI. 26 do 22. VI oraz rozmów swoich z nimi. Zupełnie nie może sobie przypomnieć, by przygotowywał się do zabójstwa żony, syna i do samobójstwa, i by w tym sensie pisał listy 22. VI. Odwrotnie, nawet neguje, żeby coś podobnego mogło zajść. Przyznaje się, że w maju istotnie miał takie zamiary i wtedy prawdopodobnie pisał te listy, które zapomniał zniszczyć, odstąpiwszy od zamiarów tak krwawych. Ze względu na zły wzrok nie może on obecnie powiedzieć, czy podpisy pod listami są autentyczne, jednak zgóry oświadcza, że takich listów nie mógł pisać. Gdy mu się czyta to, co pisał, słucha z pewnem zaciekawieniem, ale nie daje temu żadnej wiary, uważa to za pewną mistyfikację, tem bardziej, że wcale nie może stwierdzić u siebie koło ucha żadnych śladów po postrzale. Nie pamięta on również, gdzie jadał w ostatnim tygodniu przed 23. VI. 26 obiady, z kim spotykał się ze swoich znajomych, jak pracował w biurze, jakie tam były jego ostatnie

czynności, i wogóle nie przypomina sobie żadnych momentów z życia codziennego. Na wszystkie pytania z tej dziedziny jego życia odpowiada albo „nie wiem“, „nie pamiętam“, albo też — „prawdopodobnie jak zawsze“. Poza kompletnem wypadnięciem z pamięci okresu od 15. VI — do 23. VI i dalej do 12. VII, S. zdradza jeszcze pewne zaburzenia pamięciowe dotyczące tak okresu z przed 15. VI. 26, jak również okresu po 12. VII. Zaburzenia pamięciowe tu wpierw słabo zaznaczone, z czasem stają się głębsze i rozleglejsze. Można nawet powiedzieć, że na początku września 1926 zaburzenia w okresach przez nas omawianych były wprost minimalne, po kilku zaś miesiącach S. już nie może powiedzieć, kiedy został przyjęty do Tworek, kiedy zakończyła się wojna światowa, nie zna dat swoich urodzin ani ślubu, ani też daty urodzenia syna, nie potrafi powiedzieć, wiele lat ma jego ojciec, matka, gdzie się uczył i t. d. Tak poważne zaburzenia pamięciowe nie powodowały u niego żadnej reakcji i były traktowane przez niego zbyt zdawkowo, zbyt powierzchownie. Wydawało się mu bardzo zabawnem, iż tak prostych rzeczy nie pamięta.

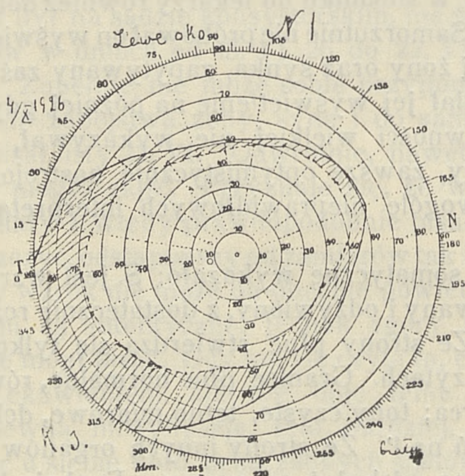
Sen i apetyt przez cały czas były dobre, a nawet zasługuje na wyróżnienie specjalnie dobry apetyt jego.

Jak już zaznaczyłem, stosunek jego do otoczenia był poprawny, jowialny, w stosunku do lekarzy również dobry, nacechowany zaufaniem. Samorzutnie nie próbował on wyświetlać i wyjaśniać śmierci swojej żony oraz synka, zapytywany zaś w tej sprawie, zawsze odkładał jej wyświetlenie na później, gdy opuści szpital. Wogóle aktywności wielkiej nie wykazywał, a jednocześnie był euforyczny, zawsze optymistycznie nastrojony. Skłonności do urojeń i wogóle nieprawidłowych interpretacyj nie wykazywał.

Badanie somatyczne wykazało: S. jest wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony, z dostatecznie rozwiniętą tkanką tłuszczową. Ze strony płuc stwierdza się tylko nieco szorstki wydech w szczytach. Granice płuc normalne, również normalne są granice serca; tony czyste, tętno miarowe, dobrego napełnienia, 70 uderzeń na 1'. Ze strony innych organów wewnętrznych nie stwierdzono odchyleń od normy. Funkcje kiszki stolcowej jak również pęcherza moczowego — normalne.

Z prawej strony na twarzy na palec przed zewnętrznym otworem ucha oraz na palec w górę od kości lico-

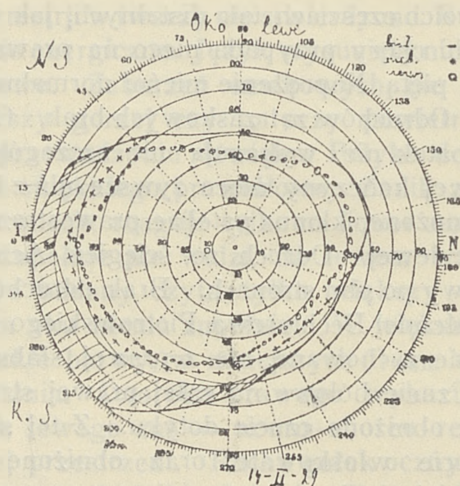
wej widoczna jest nieznaczna blizenka wielkości grochu jakby po czyraku. Asymetrji w twarzy nie stwierdzono. Ruchy mimiczne prawidłowe, dość energiczne. Język wysunięty nie zbacza, ruchy języka prawidłowe. Zaburzeń smakowych nie wykryto. Na prawe ucho słyszy gorzej czy to przy powietrznem, czy to przy kostnem przewodzeniu dźwięku. Połyka dobrze, ustawienie podniebienia miękkiego prawidłowe. Zanik zupełny węchu na obydwóch stronach, reaguje tylko na liquor ammonii caustici. Na prawe oko zupełnie nie widzi, na lewem wzrok jest wybitnie osłabiony: badany czyta tylko większy druk. Hemianopsji na lewem oku niema zupełnie. W większych odcinkach odróżnia wszystkie barwy, w mniejszych (3 m/m × 3 m/m) zupełnie ich nie odróżnia. Dno oka prawego wykazuje kompletną atrofję n. optici, lewego zaś — neuro-choreo-retinitis, równomiernie na całej przestrzeni. Ruchy gałek ocznych są zupełnie prawidłowe we wszelkich kierunkach. Przy zbliżaniu palców do nosa konwergencja prawidłowa. Prawa źrenica szersza od lewej, samoistnie wcale nie reaguje na światło, natomiast nieźle reaguje konsensualnie. Odczyn świetlny na lewej źrenicy prawidłowy, jak również na nastawienie. Pole widzenia, jak to pokazuje rys. N 1, zwężone szczególnie w części temporalnej. Oczopląsu niema *). Odruchu nosowo — podbródkowego brak.



*) Na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie D-rowi Wieczorkowi za łaskawą pomoc i cenne wskazówki przy badaniu dna oka naszego pacjenta.

Prawe kończyny — górna i dolna, równomiernie osłabione we wszystkich swoich częściach tak distalnych, jak proksymalnych. Przy chodzeniu chory przypada nieco na prawą nogę, i nieco uderza prawą piętą. Naprężenie mięśni normalne, jednakowe po obu stronach. Odruchów zatrzaskowych brak. Odruchy mostkowe oraz z łopatek nie wykazują nic szczególnego. Odruchy z górnej prawej kończyny nieco żywsze niż z lewej. Odruchy kolanowe wzmożone, klonus patellae prawostronny, nieco mniejszy po stronie lewej. Odruch ze ścięgien Achilla nie wzmożony, jednakowy po obu stronach. Brak odruchów Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechterewa ,Piotrowskiego. Romberga brak. Odruchy skórne zachowane, ale z prawej słabsze, szczególnie mosznowy. Czucie bólowe na całej prawej stronie ciała obniżone, również obniżone czucie dotyku. Z tej samej strony jest zniesione czucie włoskowate, oraz obniżone czucie cieplikowe na zimno i ciepło. Bardzo zimne czasem odczuwa, jako mokre, bardzo gorące — jako ból. Na lewej stronie zaburzeń czuciowych nie stwierdzono. Czucie położenia palców ręki i nogi prawej jest prawie zniesione, czucie ułożenia reszty odcinków prawych kończyn silnie zaburzone. Czucie wibracyjne na całej prawej stronie obniżone. W całej prawej połowie ciała nie potrafi dokładnie określić miejsca dotknięcia się palcem. Nie trafia palcem prawej ręki nosa, ani prawą piętą lewego kolana. Nie potrafi również przy zamkniętych oczach określić przez dotyk przedmiotów trzymanych w prawej ręce (wtórna astereognozja). Miewa w prawej połowie ciała parestezje, szczególnie w ręku (cierpnięcie). Troficznych zmian w prawej połowie ciała, a szczególnie w mięśniach, nie stwierdzono (w parę miesięcy po urazie). Drżeń, jak również żadnych drgawek nie było i niema obecnie. Na bolesność nie skarżył się.

Pacjent był później badany dwukrotnie w znacznych odstępach czasu, mianowicie 6 marca 1927 r. oraz 14 lutego 1929 r. Badanie w 1927 r. wykazało pewną poprawę pod względem neurologicznym oraz psychicznym, bez restytucji jednak luki amnezyjnej od 15. VI. 26 do 12. VII. 26. Wzrok na lewem oku jest lepszy. Badanie zaś w 1929 roku dało następujące wyniki: Prawe oko bez zmian, na lewe widzi lepiej, ostry zapalny stan minął i sprawa ma tendencję do ustabilizowania się. Badanie pola widzenia wykazuje poprawę we wszystkich kierunkach dla koloru białego (patrz szemat nr. 3). Jak widać z szematu,



zwężenie pola widzenia na kolor biały pozostało się w części temporalnej (zasztrychowane), jak również na kolor niebieski (oznaczone krzyżykami), na kolor zaś czerwony (oznaczone kółkami) pozostało się bez zmian. Zanik węchu w dalszym ciągu. Smak zachowany. Na prawe ucho wciąż słyszy gorzej niż na lewe, ale lepiej niż poprzednio. Szczególnie uwidacznia się poprawa w prawych kończynach. Chód prawidłowy naogół, tylko przy szybkiem chodzeniu stwierdza się lekkie upośledzenie prawej nogi. Siła mięśni w kończynach prawie jednakowa. Odruchy z górnych kończyń jednakowe, prawy odruch kolanowy nieco żywszy, clonus patellae brak. Odruchy ze ścięgien Achilla nie wzmożone. W dalszym ciągu brak odruchów Babińskiego, Oppenheima, Mendel-Bechterewa i Piotrowskiego. Odruchy skórne nie wykazują odchyleń. Czucie bólowe i dotykowe może jest nieco obniżone, jak również czucie cieplikowe. Znacznie lepiej określa położenie palców rąk i nóg, jak również wykazuje znacznie mniejsze zaburzenia w zakresie czucia ułożenia reszty odcinków kończyn. Ataksji w górnych kończynach nie stwierdzono, w dolnych słabo zaznaczona. Parestezyj niema. Lepiej określa przedmioty w prawej ręce przy zamkniętych oczach niż poprzednio.

Pod względem psychicznym wykazuje nasz pacjent nieco większe zainteresowanie swojem otoczeniem i wogóle życiem.

Jest w dalszym ciągu dobroduszny, jowialny, euforyczny. Stosunek jego do wypadków czerwcowych z 1926 roku nie uległ prawie zmianie. W dalszym ciągu nie może on sobie nic przypomnieć z tego okresu. Mówi o tych rzeczach tylko na podstawie tego, co mu mówią rodzice, szczególnie ojciec, „bo ojciec nigdy nie kłamie". Musi im wierzyć, ale własnego głębokiego przekonania, że tak było w istocie, że to on zabił i żonę i syna — to tego nie ma i dotąd, wciąż ma wrażenie, że go mistyfikują. Wydaje się mu nieprawdopodobnem, by wogóle człowiek mógł tak gruntownie zapomnieć to, co sam czynił. „Musiałbym sobie choć coś przypomnieć" — konkluduje pacjent. Losem swym w dalszym ciągu nie przejmuje się i jest raczej optymistycznie nastrojony. Zaburzenia pamięciowe nie posuwają się naprzód w stosunku do tego, co było w jesieni 1926 r., raczej da się stwierdzić znaczna poprawa, bo już szereg dat, które poprzednio zapomniał, teraz już pamięta. Pod względem intelektualnym niema żadnych zmian w stosunku do tego stanu, który został stwierdzony po jego przybyciu do szpitala. W szpitalu korzysta z zupełnej swobody, której wcale nie nadużywa.

Przypadek ten demonstrowany na posiedzeniu Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego w Warszawie 9. III. 1927, jest ciekawy z trzech względów: 1) z psychjatrycznego, 2) neurologicznego i 3) sądowo — lekarskiego.

Pod względem psychjatrycznym mamy tu przypadek popostrzałowej amnezji wstecznej oraz następowej (amnesia retro- et anterograda). Okres objęty wogóle tą luką niepamięci jest dość wielki — mianowicie 27 dni. Po postrzale w dniu 23. VI. 26., pacjent nasz stracił zupełnie przytomność, a trwało to aż do dnia 12. VII. 26, t. j. 19 dni. Przez te 19 dni leżał on zupełnie bezwładnie w łóżku, na nic nie reagował, nie jadł sam, tylko był karmiony. Chory zupełnie jasno podkreśla pierwszy przebłysk świadomości, zresztą mamy odpowiedni zapis w karcie szpitalnej. Ciekawą jednak jest luka pamięciowa, dotycząca okresu przedpostrzałowego a sięgająca wstecz aż do dnia 15 czerwca, t. j. obejmująca 8 dni. Niepamięć tego okresu jest też zupełna, w stosunku do wszelkich jego przeżyć tak obojętnych, jak i nieobojętnych. Jest ona ściśle odgraniczona przez dzień 15 czerwca, kiedy pacjent nasz dostał wezwanie do sądu konsystorskiego, co przypomina on sobie jakby przez mgłę i w dodatku z błędami. Po trzech latach nic się pod

tym względem nie zmieniło, luka pamięciowa pozostała taka sama.

Przejściowo obserwowaliśmy pogłębianie się amnezji w stosunku do wypadków zaszłych już w szpitalu, jak i z życia poprzedniego, jednak po paru miesiącach nastąpiła pewna restytucja, i proces już się więcej naprzód nie posuwał. Zdolność jego do zapamiętywania zakonserwowała się wcale nieźle. Dało się zaobserwować pewne obniżenie intelektu, a głównie znaczne obniżenie krytycyzmu. Uderzającą jest jego beztroska, euforyzm, nieorjentowanie się w swojej sytuacji, w swojej inwalidności.

Można zgodzić się z Oppenheimem, że jednak te zaburzenia w dziedzinie intelektualnej nie są tak głębokie i rozległe, jak można było by się spodziewać, przyjmując pod uwagę rozległość uszkodzeń. Nastrój naszego chorego jest stale od 3-ch lat „euforyczny". Alers spostrzegł w analogicznych przypadkach oprócz typu „euforycznego" jeszcze typ „apatyczny", „euforyczny" zaś miał przechodzić w śpiączkę, czego my po trzech latach obserwacji u naszego chorego nie stwierdziliśmy. Polifagię, na którą niektórzy autorzy zwracają uwagę (Allers, Nelken), zaobserwowaliśmy tylko na początku choroby. Niektórzy autorzy (Nelken) podkreślają urojeniowy stosunek takich chorych do rzeczywistości, który stopniowo u nich się wytwarza. W naszym przypadku myśmy tego wcale nie obserwowali. Odwrotnie, chory tak mało interesował się losem żony i syna, iż samorzutnie nigdy tej sprawy nie poruszał. W szpitalu przebywał dość chętnie i nic w tem przykrego dla siebie nie widział. Pobyt swój na oddziale chirurgicznym tłumaczył w rozmaity sposób, ale również bez cienia urojeniowości.

Jeżeli chodzi o bliższe określenie charakteru niepamięci wstecznej u naszego chorego, musimy ją określić, jako niepamięć organiczną, całkowitą niepamięć całego okresu czasu, w przeciwieństwie do niepamięci psychorodnej, kompleksowej, dotyczącej tylko pewnych przeżyć w przeszłości (Gruhle). Ten przypadek nie daje najmniejszych podstaw do wytwarzania jakichkolwiek związków między jednym a drugim rodzajem niepamięci, jak to próbują uczynić niektórzy autorzy (Hartman), ale zarazem nie daje on dostatecznego materjału do wyświetlenia sprawy powstawania organicznej niepamięci wstecznej przy wstrząsie mózgu i postrzałach czaszki wogóle. Dotychczasowe

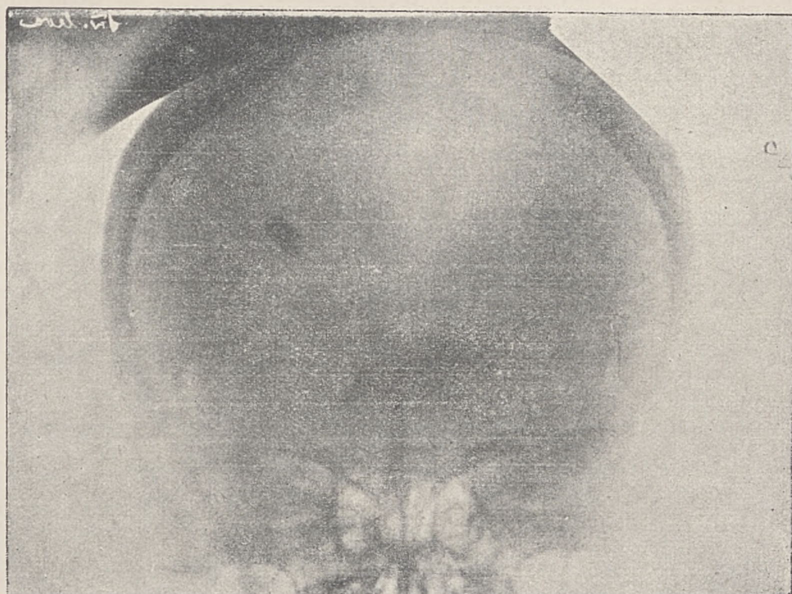
próby (Aschaffenburg, Moebius) pozwalają dojść do pewnych wniosków negatywnych, nie stwarzają jednak podstawy do zbudowania przekonywującej koncepcji pozytywnej tłumaczącej mechanizm powstawania totalnej amnezji wstecznej, t. j. zacierania śladów z odebranych już wrażeń.

Znane są nam liczne przypadki, gdy w następstwie urazu głowy oraz obrażeń tkanki mózgowej powstaje aleksja, agrafja i t. p. zaburzenia o charakterze organicznym, dające się do pewnego stopnia zlokalizować. W naszym przypadku mamy zniknięcie z pamięci wszelkich wrażeń i przeżyć, doznanych w ciągu ostatnich 8-miu dni przed postrzałem, t. j. zostały kompletnie zatarte najświeższe ślady od doznanych wrażeń, śród których były wrażenia o rozmaitem natężeniu, jak również o rozmaitem zabarwieniu tak dodatniem, jak i ujemnem oraz obojętnem. Wstrząs był niewątpliwie bardzo silny, skoro w ciągu 19 dni pacjent nie odzyskiwał przytomności, i wszystko co się z nim działo w tym czasie pozostało poza sferą jego świadomości. W naszym przypadku nie stwierdziliśmy ani razu podczas tych trzech lat, w których chory był pod ścisłą obserwacją lekarską, żadnego objawu, któryby nasunął nam myśl o psychogennym charakterze, chociażby tylko w pewnej mierze, objawów amnezyjnych. Jest to przypadek pod tym względem zupełnie czysty, bez żadnych nawet naleciałości psychorodnych. Tem ciekawszy jest on dla wyciągania wniosków o mechanizmie powstawania takiej amnezji. Godne jest zaznaczenia, iż zdolność zapamiętywania u naszego pacjenta zachowała się dobrze; przejściowe zaś obniżenie pamięci na świeże przypadki trwało dość krótko i już później tego objawu więcej nie spostrzegaliśmy. Tak samo pamięć na wypadki dawniejsze obniżała slę przez parę miesięcy, następnie zaczęła restytuować się i zatrzymała się na określonym poziomie. Również i ten objaw nie nosił charakteru psychogennego. Dla tego też trudno myśleć, by w naszym przypadku chodziło o jakieś trwałe uszkodzenie podłoża anatomicznego, przyjmującego i przechowującego ślady od doznanych wrażeń, albowiem procesy te odbywają się i nadal u naszego pacjenta.

Można myśleć, iż uraz spowodował przejściowe zaburzenia o charakterze fizjologicznym, które ogarniając wszystkie elementa mózgu, koncentrujące życie psychiczne (korę mózgową), dotknęły najwięcej te ślady z doznanych wrażeń i przeżyć, które nie zdą-

żyły jeszcze się utrwalić, leżały — że tak się wyrażę — na powierzchni, chronologicznie były najświeższymi, i zatarły je. Było by to potwierdzeniem istnienia t. zw. „lokalizacji chronogennej“ Semona. Podług Mazurkiewicza, który ostatnio opracował i rozwinął engraficzną teorję Semona, substancja pobudliwa ma osobliwą właściwość utrzymywania chronologicznej kolejności t. zw. „współczesnych zespołów engramowych“ przeniesionej w jakieś przestrzenne uporządkowanie. Jest to, podług niego „chronogenna lokalizacja inwentarna engramów, z gruntu różna od lokalizacji według kategoryj zmysłowych.“ Nasz przypadek mógł by służyć ilustracją dla tej teorji. Jest zupełnie możliwe, iż zbyt długo trwający stan „nieprzytomności“ współdziałał w tym kierunku t. j. przeszkadzał utrwaleniu się tych śladów. Jest to dość ogólnikowe przypuszczenie, które nie tłumaczy samego mechanizmu powstawania tego zjawiska, jak nie tłumaczą go również hipotezy innych autorów. Mamy jeszcze pod tym względem za mało odpowiedniego materjału. Co do niepamięci następowej jest ona, jak to zwykle bywa, uwarunkowana utratą świadomości i kończy się z chwilą odzyskania przytomności.

Pod względem neurologicznym mamy tu w wyniku urazu zanik prosty n. wzrokowego prawego oka,pozostałości po zapaleniu n. wzrokowego i siatkówki w lewem oku, obustronne zniesienie węchu i prawostronne porażenie kończyn ze zniesieniem czucia na wszystkie rodzaje. Zaburzenia w kończynach z biegiem czasu uległy znacznej poprawie. Obserwowane przez nas objawy można sobie tłumaczyć w taki sposób: następstwem postrzału bylo obok obrażeń mózgu na przestrzeni kanału postrzałowego, złamanie dna czaszki, na co wskazuje krew, wydobywająca się z nosa po obrażeniu. Pęknięcie to szło prawdopodobnie od miejsca wystrzału ku okolicy siodełka tureckiego i kości etmoidalnej. Bezpośredniem następstwem tego było przerwanie praw. nerwu wzrokowego i obustronne niteczek węchowych. Kula przeszedłszy w opisanem miejscu przebiegła przez płat czołowy, powodując przytem nieznaczne uszkodzenie dróg piramidowych w koronie promiennej, wyrażające się klonusem rzepkowym lewostronnym, poczem dostała się, idąc skośnie ku tyłowi, do lewej półkuli poprzez okolice torebki wewnętrznej lewej i ugrzęzła wreszcie w mózgu niedaleko od kości potylicznej (patrz załączone zdjęcia rentge-



Postrzał w głowę (patrz str. 234). Zdjęcie rentgenograficzne czaszki (ciemna plama oznacza pozycję kuli).

nograficzne). Ciężkie obrażenie torebki wewnętrznej i to jej tylnego ramienia dało w następstwie prawostronne porażenie ruchowe i czuciowe. Ponieważ hemiplegia nie jest typowa t j. nie wykazuje kontraktury a przedewszystkiem objawów Babińskiego i t. p., należy przypuszczać, iż nastąpiło także obrażenie zwojów parietalnych l. strony mózgu. Objawy te bowiem w wyraźnej formie występują wtedy tylko, gdy drogi piramidowe są obrażone, kiedy zaś dołącza się także zajęcie innych dróg motorowych, zacierają się one w swej wyrazistości lub wcale nie występują*).

Pod względem sądowo lekarskim jest to przypadek t. zw. samobójstwa rozszerzonego. Badanie aktów sądowych oraz ścisła anamneza wykazują, iż pacjent nasz był w pewnym stopniu jednostką dziedzicznie obciążoną ze słabo zarysowanemi psychotycznemi skłonnościami; jednak ani w sferze afektywnej, a tembardziej intelektualnej, nie stwierdzamy u niego objawów patologicznych aż do momentu strzelania w ogrodzie w dniu 23. VI. 26. Jest on życiowo dostosowany, jest cenionym pracownikiem i dobrym kolegą. Ma sentyment do rodziców, do żony i dziecka. Cechuje go tylko pewne niepohamowanie złego humoru, o ile to dotyczyło żony, poprzednio zaś sióstr jego. Na giełdzie grał on systematycznie, z umiarem, bez hazardu, zabezpieczając nawet sobie na tej drodze regularny dochód. W ostatnich miesiącach warunki życiowe składają się dla niego niepomyślnie, żyje on w atmosferze stałego psychicznego napięcia, które jednak nigdzie nie przybiera form względnie natężenia patologicznego. Powziąwszy fatalne postanowienie — zlikwidowania całej sprawy przy pomocy rewolweru, nie traci on zewnętrznego spokoju i dobrze wykonuje wszystkie swoje czynności służbowe. Nawet w przeddzień tragicznych wypadków układa on spis swoich dłużników, daje dyspozycje co do ściągania tych długów oraz udziela wskazówki, jak mają postąpić z jego ruchomościami. Przeprasza firmę za przykrość i zawód, jaką on sprawi swoją śmiercią, a jednocześnie daje wskazówki, gdzie ma być pochowany i jaki ma być napis na jego nagrobku. Inne listy jego tak do znajomych, jak władz i „Kur-

*) Poczuwam się do obowiązku podziękować na tem miejscu panu prof. K. Orzechowskiemu za cenne wskazówki i pomoc przy opracowaniu strony neurologicznej tego przypadku.

jera Warszawskiego" są zupełnie rzeczowe, utrzymane w odpowiednim tonie. Widzimy tu ironję i sarkazm pod adresem osób mu niemiłych, poprawność i grzeczność dla osób, które są mu sympatyczne, pewną zaś teatralność w liście do redakcji gazety. Są to stany i nastawienia mieszczące się zupełnie w ramkach odczuwań fizjologicznych. O ile chodzi o motywację swojego czynu, stara się on podać ją zupełnie jasno i niedwuznacznie: jest to „wstyd wobec sąsiadów z powodu sprawy rozwodowej" oraz „wielkie przywiązanie do syna (a prawdopodobnie do żony też), z którym nie może on rozstać się, a nie może również pozbawić go matki, uciekając z nim". W takich warunkach życie traci dla niego cały urok, cały sens, i on decyduje się skończyć samobójstwem Usuwając się z tego świata, nie myśli on jednak, jak to pisze w liście do teściowej, „zostawić ją (t. j. żonę) przy życiu". Jakby przez to chciał powiedzieć, iż zabiera ją z sobą. Pozostawienie zaś dziecka bez ojca i matki jest rzeczą zupełnie niemożliwą, skoro uważał on za rzecz wykluczoną, by dziecko pozostało bez ojca, bądź bez matki, i też „zabiera go z sobą". Usunięcie się rodziców z tego świata już przesądziło los chłopca.

Jest to bieg myśli, który tak pod względem formalnej logiczności, jak i w swych pobudkach czysto afektywnych, nie wykazuje znamion patologicznych, i pokrywa się zupełnie z modulacjami i napięciem, właściwemi przeżyciom o charakterze fizjologicznym. W takim stanie dokonał on zabójstwa i targnął się na własne życie. Trudno w takich warunkach mówić o niepoczytalności, najwyżej można zgodzić się na pewne ograniczenie tej poczytalności.

Postrzał w głowę radykalnie zmienia sytuację. Zaburzenia, które powstały u naszego pacjenta na skutek strzału, są tak głębokie, że nie pozwalają mu należycie ustosunkować się do faktu przez niego dokonanego, albowiem fakt ten w jego świadomości nie istnieje. On wypadł u niego z pamięci. Rzecz prosta, że dłuższe badania i obserwacja wykluczają zupełnie w tym przypadku reakcję psychorodną wogóle, a tem bardziej t. zw. symulację. Pozatem zaburzenia w sferze intelektualnej, obniżenie krytycyzmu, nieuzasadniona euforja świadczą też o głębszych zaburzeniach psychicznych u naszego pacjenta. W takich warunkach nie może on stawać przed sądem i odpowiadać przed nim tak długo, aż pamięć tego faktu nie ulegnie u niego resty-

tucji, oraz nie miną objawy psychopatologiczne. Taką też opinję sądowo-lekarską w swoim czasie wydał autor. Z dalszego przebiegu choroby naszego pacjenta można przypuszczać, iż restytucja w pamięci jego tych tragicznych faktów, jest wysoce problematyczna, a to ze względu na organiczny charakter tego objawu. Tem samem odsuwa się w nieskończoność ewentualność stawienia się jego przed sądem, jak również możność odbywania przez niego kary więzienia. W tych warunkach zdawałoby się najracjonalniejszem dalsze losy naszego pacjenta uzależnić li tylko od stopnia niebezpieczeństwa jego dla otoczenia, przyjmując pod uwagę pewne mankamenta, które po fatalnym strzale rozwinęły się w jego psychice, a to pewne obniżenie krytycyzmu, nieuzasadniony euforyzm, pewna płytkość w ujmowaniu zagadnień życiowych, no i jednak zaburzenia pamięciowe, co razem składa się na pewną inwalidność i niewydolność życiową szczególnie w połączeniu z zaburzeniami słuchu a głównie wzroku. Gdyby obserwacja lekarska w szpitalu psychjatrycznym stwierdziła jego niebezpieczeństwo dla otoczenia względnie dla siebie — koniecznem było by pozostawienie go w opiece szpitalnej, w przeciwnym razie niema podstaw do odmowy rodzinie wzięcia go pod swoją opiekę, jako osoby obecnie psychicznie chorej, ale niegroźnej dla otoczenia.

---

1) *Aschaffenburg.* „Allgemeine Symptomatologie der Psychosen“ Allg. T. 3 Abl. 1915
2) *Bleuler.* „Lehrbuch der Psychiatrie“ Berlin 1920.
3) *Gruhle.* „Psychiatrie für Aerzte“ Berlin 1918.
4) *Hoche.* „Handbuch der Gerichtlichen Psychiatrie“ Berlin 1909.
5) *Marburg.* „Die Kriegsverletzungen des Nervensystems. Die Kriegsbeschädigungen des Nervensystems“ Wiesbaden 1917.
6) *Hartman.* „Organische Amnesie und Hypnose“ (Wiener Klinisch. Wochenschr. Jg. 40 Nr. 48-1927).
7) *Gordon A.* (angielsk.) „Amnesie vom gerichtsärztlichen Standpunkt“ (Med. Journ. a record. Bd. 127 N. N. 8, 9 — 1922) (Z. f. G. Nr Ps. Bd 50 — 1928. streszczenie).

8) *Tucker, Beverley and Asa Shiel (angielsk.)* „Amnesie: Bericht über einen Fall, der anscheinend durch Operation gebessert ist“ (Streszczenie Z. f. G. N. und Ps. Bd. 50 — 1928).
9) *Sterling A.* (angielskie): „Amnesie nach Encephalit. lethargica“ (streszczenie w Z. f. d. G. N. — Ps. Bd. 44. Hf. 13 — 1926).
10) *Bour L.* „L‘amnésie après pendaison‘ (Strasbourg. méd. I. F 4 — 1926).
11) *Luhmann K.* „*Ueber die Amnesien, welche im Gefolge der Epilepsie, Hysterie, Kopfverletzungen, Alcohol, Kohlenoxydvergiftungen und Strangulation auftreten, im besonderen hinsichtlich ihrer forensischen Bedeutung*“ (Aerztl. Sachverst. Zeit. Jg. 32 N N 3, 4, 5 — 1926).
12) *Higier H.* „Przypadek amnezji retroanterogradnej“ Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. Tom CXIII.
13) *J. Nelken* „Niepamięć wsteczna po postrzale głowy. Zabójstwo i samobójstwo“ (Rocznik Psychjatr. Zesz. VII — 1928).
14) *Mazurkiewicz Jan,* „Zarys fizjologicznej teorji uczuć“ (Rocznik Psychjatr. Zesz. XII—XIII. 1930).

Amnésie rétrograde consécutive à une blessure de la tête par coup de feu.

Par le Dr. J. BEDNARZ.

L‘auteur décrit un cas d‘amnésie totale d‘origine organique, survenue à la suite d‘un coup de feu à la tête; cette amnésie s‘étendait non seulement aux trois semaines consécutives à l‘accident mais encore à l‘accident lui-même et aux huit jours qui l‘ont précédé. Le malade présentait les symptômes suivants: perte complète de l‘odorat des deux cotés, perte de la vue du coté droit et diminution de l‘acuité visuelle du coté gauche à la suite d‘une nervo-choréo-rétinite, retrécissement concentrique du champ visuel, surtout pour les couleurs, la pupille droite réagit uniquement consensuellement à la convergence, diminution de l‘acuité auditive du coté droit, aussi bien pour la conduite aérienne que pour la conduite osseuse, atteinte des membres du coté droit avec une

anesthésie pour toutes les qualités de la sensibilité et avec une astéréognosie secondaire. Pas de réflexes anormaux (Babiński, Oppenheim, Mendel-Bechterew, Piotrowski), sauf un léger clonus patellaire du coté droit. Dès le début, le service de chirurgie constatait une fraction de la base du crâne. On peut supposer que dans ce cas il y a outre une lésion du prolongement postérieur du ventricule et des voies pyramidales, une lésion du lobe pariétal gauche. Au point de vue mental, on constate une diminution notable du sens critique, une euphorie injustifiée, une très superficielle conscience de sa situation et en général des événements de la vie, de legers troubles de la mémoire, mais avec cela une integrité absolue de la faculté de retenir et d'effectuer des calculs compliqués. Après un espace de trois ans l'état des membres s'était visiblement amélioré, mais par contre l'amnésie restait exactement la même, rien n'avait changé sous ce rapport, le souvenir d'un seul jour, même d'un seul événement n'était pas revenu.

Zakład Psychjatryczny w Lublińcu. Dyr. Dr. E. CYRAN.

Krępowanie psychicznie chorych w świetle postulatów historycznych.

Podał Dr. M. SIEMIONKIN.

Na wstępie pozwolę sobie przypomnieć w krótkim zarysie historję rozwoju psychjatrji, aczkolwiek znaną ogólnie, począwszy od czasów starożytnych, ażeby w następnej części łatwiej można było powoływać się przy rozpatrywaniu tych lub innych kwestji, omówienie których postawiliśmy sobie za zadanie.

Jak wszystko, psychjatrja również posiada swoją historję. Trudno z dokładnością określić, jak daleko wstecz sięgają dzieje psychjatrji; jedynie można powiedzieć, że w najstarszych piśmiennictwach, które posiada nauka, spotykamy już wskazówki w tym kierunku. Talmud np. wspomina już ludzi, opętanych przez złego ducha, co niewątpliwie odnosi się do chorych psychicznie. Tamże spotykamy wskazówki, dotyczące epilepsji, która według prawa Talmudu jest legalnym powodem do rozwodu. Biblja rów-

nież dostarcza nam wiadomości w tym kierunku, opisując stany poszczególnych jednostek (Nabuchodonozor, Saul); tamże spotykamy i symulacje chorób psychicznych (Dawid). To samo znajdujemy i w piśmiennictwie greckiem. Aczkolwiek stany te uznawane były za zaburzenia psychiczne i w pewnych wypadkach były nawet naśladowane, nie uznawano ich jednak za choroby, lecz za karę bogów; przyjście do zdrowia traktowano, jako łaskę bogów. Skutkiem takiego traktowania leczenie zaburzeń psychicznych, t. j. wypędzanie złego ducha, znajdowało się w rękach kapłanów odpowiednich wyznań.

Grecy pierwsi zaczęli zastanawiać się nad istotą psychicznych zaburzeń. Jeszcze przed Narodzeniem Chrystusa spotykamy imiona takich mędrców, jak: Alkmeon, Pitagoras, Hipokrates i inni, którzy zaczynają mówić o chorobie, a nie o opętaniu.

Tak, Alkmeon jeszcze w 500 lat przed N. Chr. oświadczył, że mózg jest siedliskiem czucia i myśli. Współczesny jemu Pitagoras uzależniał istnienie rozumu od mózgu, mówiąc równocześnie o duszy. Swoim uczniom Pitagoras nakazywał wogóle wstrzemięźliwość w życiu, nie nadużywanie alkoholu, ponieważ ostatni uważał za „truciznę dla duszy"; radził stosować muzykę, jako środek ćwiczebny, łagodzacy i uspokajający duszę.

Hipokrates, który żył wkrótce po Alkmeonie i Pitagorasie, zaczyna już stwarzać teorje dla wytłómaczenia tych lub innych objawów chorobowych. Opierając się na 4 żywiołach przyrody- ziemia, powietrze, ogień i woda — wysnuł t. zw. teorję humoralną lub płynów kardynalnych, według której organizm człowieka składa się z 4 elementów — śluz, krew, czarna i żółta żółć. Równowaga tych elementów powoduje zdrowie, zaburzenia zaś jej wywołują chorobę. Hipokrates zaczął odróżniać stany manjakalne i depresyjne, przyczem ostatnie tłómaczył rozlaniem się w organizmie czarnej żółci; on też pierwszy zwrócił uwagę, że zaburzenia psychiczne następują skutkiem choroby mózgu, a nie są karą bogów. Hipokrates pierwszy zaczął wysuwać dziedziczność, krwotoki, gorączkę, jako przyczyny chorób psychicznych. Wielką zasługą tego mędrca jest porzucenie zaklęć w leczeniu zaburzeń psychicznych i zwrócenie się do prawdziwego leczenia zalecającego głównie fizyczne metody, jak wodne zabiegi, przechadzki, z zachowaniem równocześnie spokoju. On pierwszy zwrócił uwagę, że chorzy psychicznie muszą być oddani pod opiekę lekarską, a nie znajdować się w więzieniu, jak to było dotąd.

Poglądy naukowe Hipokratesa rozwijał i pogłębiał Aristoteles, który znacznie dokładniej zaczął rozróżniać stany chorobowe, odziedziczone i nabyte. Filozof ten zaobserwował i podał do wiadomości, że epileptyk skłonny jest do popełnienia najokrutniejszych czynów i przestępstw; słuszność tego poglądu uznaje się w całej pełni i obecnie.

Przeszło kilka stuleci, zanim na widownię psychjatrji wstąpił Kornelius Celsus (I-II stul. po N. Ch.), który zapoczątkował klasyfikację chorób psychicznych, a w dziale leczenia zwrócił uwagę na psychoterapję.

Jako genialnego uczonego tychże czasów należy wymienić Aretheusa (I stul. po N. Ch.), który, będąc jeszcze zwolennikiem teorji humoralnej Hipokratesa, rozwinął i pogłębił naukę o chorobach psychicznych ad maximum. Łączy on z epilepsją stany psychiczne, które mogą powstawać u epileptyków. Obraz kliniczny melancholji i manji zdumiewa swoją dokładnością. Aretheus mówi, że melancholja może przechodzić w manję i przeciwnie, że melancholik, pozostając nadal takowym, może być niekiedy podnieconym, że melancholję spotyka się przeważnie w wieku podeszłym, manję zaś w młodszym, że melancholja jest chorobą nieuleczalną i może przechodzić w otępienie, że wreszcie melancholja i manja mają wspólny grunt. Poglądy te nawet obecnie nie straciły bynajmniej na swojej wartości.

Znowu przeszło kilka stuleci, zanim psychjatrja posunęła się naprzód, kiedy zjawił się na widowni Caelius Aurelianus (IV-V stul. po N. Ch.). Pomijając to, że porzucił on teorję humoralną jako podstawę chorób, że rozwinął naukę o epilepsji, manji i melancholji, zostawił on bezcenne wskazówki, dotyczące pielęgnowania psychicznie chorych, co jest tem bardziej cenne, jeżeli weźmie się pod uwagę, że powstały one w czasach, gdy uczucia humanitarne nie stały zbyt wysoko. Caelius uczył, że nie wolno bić chorego; niespokojnego chorego należy trzymać rękami, lecz nie wiązać, bo „ręce są łagodniejsze od sznurów"; należy położyć go do łóżka; personel dozorujący powinien łagodnie obchodzić się z chorym, nie przeczyć mu, gdy wypowiada urojenia, lecz również i nie utrwalać takowych; zaleca równocześnie dla chorych spokój i jak najmniej wrażeń zewnętrznych. Rekonwalescentom zaleca spacery, lekkie zajęcia, czytanie, teatr i t. p.; radzi jednak wszystko indywidualizować, pamiętając, że zmęczenie tak fizyczne, jak

i psychiczne szkodliwe jest dla chorego. Trzeba podziwiać, że w tak oddalonych czasach głoszono zapatrywania, które obecnie przyjęte są, jako współczesny sposób postępowania.

Widzimy więc, że mimo niskiego poziomu naukowego, mimo braku pozytywnych danych, mimo braku obserwacji szpitalnej, psychjatrja kroczyła pewnymi krokami po prawdziwej drodze. Należało by się wobec tego spodziewać, że psychjatrja będzie się rozwijała w dalszym ciągu, chorzy psychicznie będą mieli coraz więcej względów i zrozumienia; stało się jednak inaczej: psychjatrja stanęła, a nawet cofnęła się, była poniewieraną, nieuznawaną, gdy nieszczęśliwi chorzy musieli przejść przez katusze tortur inkwizycji, żeby później znowu wejść na właściwe tory, wyznaczone przez mędrców starożytnych.

Era chrześcijańska, mimo głoszonej miłości ku bliźniemu, nie odznaczyła się bynajmniej przez dłuższy czas litościwem postępowaniem wobec chorych psychicznie. Tak, jak i za czasów pogaństwa, chorych psychicznie nie uznawano za chorych, lecz za opętanych przez złego ducha, przez djabła. Wzniosłość idei nauki Chrystusa, prześladowania i męczeństwa wyznawców tej nauki, ogarniając całe masy społeczeństwa, nie mogły nie wpłynąć na ustrój psychiczny ludzi, potęgując wrażliwość, podnosząc uczucia do stopnia samozaparcia się i szukania śmierci za wiarę. Prześladowania, chowania się przed władzą, ciągła obawa przed wykryciem, stopniowo zmniejszały odporność psychiczną. Nic też dziwnego, że zrodzone i wychowane w tych warunkach dzieci, wstępowały w życie z psychiką już nadwerężoną i mało odporną. To też i widzimy, że w XV, XVI i XVII stuleciach epidemje psychiczne ogarnęły prawie cały zachód Europy. Że tylko przypomnimy sobie zbiorową psychozę histeryczną z halucynacjami o zabarwieniu erotycznem w klasztorze Urszulanek w Łudenie. Oczywiście wszystkie zakonnice uznane były za opętane przez złego ducha, a ks. Grandier, jako źródło tego opętania, został spalony na stosie. Wogóle, począwszy od XV stulecia, stosy, na których ginęli psychicznie chorzy, płonęły w całej Europie. Jednak i w tych czasach byli ludzie, którzy stawali w obronie chorych, głosząc otwarcie, że trzeba ich leczyć, a nie palić. Oczywiście nie było mowy o jakiejkolwiek zorganizowanej wówczas opiece nad psychicznie chorymi. Systematyczną opiekę psychjatryczną zaczęto organizować dopiero w XVIII stuleciu, kiedy powstaje w Londynie pierwszy zakład psychjatryczny. Począwszy

od tego czasu, i w innych państwach zaczynają powstawać zakłady, względnie szpitale dla psychicznie chorych.

Z chwilą powstania specjalnych zakładów los chorych zmienił się nie wiele Było lepiej o tyle, że nie zabijano ich i nie palono, lecz warunki, w jakich znajdowali się chorzy, pozostawiały jeszcze bardzo wiele do życzenia. Chorzy, będąc internowanymi w specjalnych zakładach, właściwie mówiąc, podlegali trybowi więziennemu; jak i dawniej, byli przykuci czy to do ściany, czy to do łóżka, bito ich, krępowano i t. d. Pchnięta jednak raz z martwego punktu sprawa psychjatrji posunęła się naprzód; coraz częściej podnosiły się głosy o konieczności ludzkiego traktowania chorych, coraz głębiej zastanawiano się nad nimi. Pinel rozpoczął nową erę w psychjatrji, oswobodziwszy w końcu XVIII stulecia chorych psychicznie z łańcuchów.

W związku z tym krótkim zarysem historycznym chciałbym skreślić parę słów, wyświetlajacych obecne traktowanie i postępowanie wobec chorych psychicznie w stosunku do postulatów, wysuniętych przez uczonych starożytnych. Aczkolwiek w psychjatrji jest jeszcze wiele niejasnych stron, nauka ta posunęła się jednak znacznie. Do wyświetlenia spraw dziedziczności, którą wysunął Hipokrates, przyczyniły się prace Darwina, Negelego, Wejsmana, Mendla i t. d.; postacie chorobowe ułożone są w systemy kwalifikacyjne; proces myślowy jest opanowany i uległ doświadczeniu eksperymentalnemu; w wielu chorobach psychicznych, zwłaszcza organicznych, stwierdzono podłoże anatomo-patologiczne; idą poszukiwania substratu anatomo-patologicznego w innych chorobach psychicznych, jak schizofrenja, katatonja i t. p. Psychjatrja staje na coraz pewniejszym gruncie. Traktowanie chorych również uległo kardynalnym zmianom i system drzwi otwartych zapanował w zakładach. Kultura i cywilizacja zmieniły światopogląd społeczeństwa i poglądy humanitarne znalazły swoje miejsce w zastosowaniu do chorych psychicznie. Ale kultura i cywilizacja wymagają i obowiązują. Nie można robić zarzutu spartanom, którzy zrzucali ze skały Tarpejskiej słabe dzieci, taka bowiem była wówczas kultura, takie były poglądy. Postępowanie podobne w części nawet obecnie jest karalne i traktowane, jako przestępstwo. Powstanie pierwszych szpitali, wzgl. zakładów psychjatrycznych było dla chorych ogromnem dobrodziejstwem

uznano bowiem ich za chorych, którym należy się azyl, zaprzestano ich palić, lecz, jak już wspomniano, tryb jeszcze na długie lata pozostał więziennym, ala i kultura ówczesna nie dorównywała obecnej. Zakład psychjatryczny z natury rzeczy jest instytucją zamkniętą. Aczkolwiek obecnie zakłady przekształciły się w szpitale, gdzie nie tylko internują chorych, ale i leczą, niektóre z nich, a nawet większość, nie pozbyły się charakterystycznych cech, tych niezbędnych akcesorjów więzienia — krat i murów. To też często słyszy się od chorych pytanie: „za co mnie zamknęli?". Otóż powiedział bym, że, idąc z postępem czasu, kultury i nauki, niezbędnem jest usunięcie z zakładów raz na zawsze wszystkiego tego, co chociażby w drobnostkach przypominało więzienie; trzeba dążyć do tego, ażeby pytano nie „za co mnie zamknęli", a „dlaczego jestem tu". W pierwszym rzędzie muszą być usunięte kraty i mury tam, gdzie jeszcze są, i już bezwględnie wykluczyć je w zakładach nowo budujących się. Wolność jest dla człowieka największym skarbem; samo pozbawienie wolności już staje się ciężarem nawet dla chorej duszy; cóż dopiero mówić, gdy poczucie pozbawienia wolności łączy się z wrażeniem zamknięcia do więzienia, a do tego beż żadnego poczucia winy ze strony jednostki. Za dawnych czasów uważano, że nagłe wzruszenia mogą uleczyć chorego, dlatego też przy przyjęciu chorych do szpitali spotykano ich hałaśliwie, nieraz strzelano w pobliżu, nieraz zrzucano chorego do wody i następnie ratowano i t. d. Wątpić trzeba, żeby podobne zabiegi były korzystne dla chorego, lecz postępowało się tak w najlepszej wierze i nie robimy z tego zarzutu; gdy zaś obecnie umieszcza się chorego w zakratowanej celi, a do tego nago, trzeba nad tem zastanowić się. W ogromnej większości wypadków chory wszystko odczuwa, wszystko rejestruje, pamięta, i tego rodzaju postępowanie nie wpływa bynajmniej dodatnio na jednostkę i już w każdym razie nie zachęca do instytucji, tembardziej, że wszystkie uczucia ludzi zdrowych, jak poczucie piękna, słońca i t. p., nie są obce i choremu. Mimo jednak akcesorjów więziennych zakłady doby obecnej urządzone są z możliwym komfortem z zachowaniem zasad szpitalnictwa. Prócz tego urządzają w zakładach warsztaty pracy, gdzie pracują chorzy, budują sale zabaw, gdzie oni się bawią, daje się możność choremu korzystać ze świeżego powietrza, słońca, kwiatów i t. d., lecz czy zupełnie usunięto z zakładów i inne środki krępujące? czy chorzy nie są krępowani w zakładach? I otóż muszę odpowiedzieć na te pytania:

„nie; są jeszcze w zakładach środki krępujące; chorzy w zakładach są jeszcze krępowani".

Oczywiście krępowanie obecne nie może być porównane z krępowaniem z czasów odległych, lecz i cywilizację nie można także porównać. Obecnie krępowanie chorych z jednej strony opiera się na pewnych podstawach leczniczych, z drugiej zaś ma jednak na celu unieszkodliwienie chorego. Do takich ulegalizowanych środków krępujących należą łóżka siatkowe, kaftany bezpieczeństwa, kocowania (wilgotne i suche) i zastrzyki wzgl. proszki skopolaminy, hyoscyny, morfiny i t. p., jako środki krępujące farmakologiczne; izolacje na dłuższy przebieg czasu obecnie również bywają stosowane.

Nie tak odległe są czasy, kiedy szablonowano wszystkie wymienione środki krępujące bez specjalnego zastanowienia się, kiedy cały zespół chorych ulegał przymusowemu leżeniu w łóżkach, którym to chorym szablonowo zastrzykiwano skopolaminę, hyoscynę lub morfinę. Obecnie wprawdzie zaprzestano szablonu, lecz zapatrywania ogółu psychjatrów w tym kierunku nie są uzgodnione. Jeden odłam stosuje wszystkie dopuszczalne środki krępujące, drugi stoi na wręcz przeciwnem stanowisku, używając niekiedy krępujących środków farmakologicznych w ostateczności, jako malum necessarium, skasowawszy raz na zawsze fizyczne środki. Wśrod polskich zakładów psychjatrycznych Dziekanka pierwsza stanęła na tej ostatniej drodze postępowania.

Faktem jest, że olbrzymia większość chorych psychicznie składa się z chorych, reagujących na bodźce zewnętrzne przy pomocy swojej świadomości, aczkolwiek chorobowo ułożonej (manjacy, epileptycy, schizofreni i t. p.), do znacznej mniejszości należą chorzy nieprzytomni, nie zdający sobie zupełnie sprawy z otaczającego życia (stany zamroczeniowe). O ile chorzy, należący do szeregu ostatnich, nie zdają sobie sprawy z czynionego, o ile wszystkie czyny ich osobiste, jak i zabiegi, stosowane wobec nich, odbywają się poza sferą ich świadomości, pozostawiając po sobie luki pamięciowe, i zastosowane krępowania w ten sposób przechodzą dla ich psychiki bez śladu, — o tyle chorzy pierwszego szeregu są zdolni do reagowania na bodźce zewnętrzne i pochwytują wrażenia swoje świadomością; interpretując wrażenia te opacznie, stwarzają niekiedy albo nowe urojenia, albo rozwijają już istniejące. Nie trzeba, chyba, mówić, że wszystkie środki krępujące są stosowane wobec chorych, podnieconych ruchowo·

Bez względu na to, skąd pochodzi niepokój ruchowy, podniecenie manjakalne, faktem jest, że chory wówczas przeładowany jest energją, która szuka ujścia w ruchach: chory musi się wyładować. Taki chory, będąc skrępowanym, z jednej strony zdaje sobie sprawę, że cudza wola pogwałciła jego własną, skrępowała jego ruchy, zamknęła wyjście dla jego energji; uważa to za krzywdę osobistą, nie mogąc się pogodzić z przemocą; z drugiej strony niepokój ruchowy w ten sposób oczywiście nie ustanie, energja chwilowo będzie zatamowaną, będzie jednak się potęgowała i po usunięciu tamy, środka krępującego, wyładuje się z jeszcze większą siłą, podobna wodzie, burzącej wszystko po przerwaniu tamy. Ileż razy widziało się niespokojnego chorego, zawiniętego w koce, który będąc zawiniętym, w dalszym ciągu nie biegał wprawdzie, lecz skakał po sali, i personel zmuszony był oprócz koców użyć jeszcze i swojej własnej siły fizycznej. Czy taki koc mógł uspokoić chorego? Czy podobne krępowanie nie jest zdolnem wywołać odruchu w postaci wprost burzliwego podniecenia z dołączeniem elementu agresywnego? Osobiście takie fakty stwierdziłem. Również stwierdziłem fakt, gdy po założeniu na noc kaftana bezpieczeństwa, niepokój ruchowy bynajmniej nie zmniejszył się, chory stale ruszał w jednym kierunku rękami, a na rano stwierdzono w okolicach obu przedramieni i łokci stan podobny do oparzenia 3 stopnia od stałego tarcia. A przecież jeszcze Caelius Aurelianus powiedział, że „ręce są łagodniejsze od sznurów".

Pomijając, nawet, sam fakt krępowania, czy warto przysparzać pracy sercu, które i bez tego w okresie podniecenia ruchowego ma wiele pracy celem dostosowania się do warunków? Nie trzeba przecież, chyba, mówić, że swobodne ruchy wymagają mniejszej zatraty energji, niż ruchy ograniczone, dokonywujące zwalczania tej lub innej przeszkody.

O ile koce wilgotne mogą uchodzić za środek leczniczy, aczkolwiek połączony z wielkę szkodą i niebezpieczeństwem dla chorego skutkiem zmuszania serca do przepychania krwi o zgęszczonej konsystencji, o tyle suche koce i kaftany jako środki tylko unieruchomiające bez żadnego podłoża leczniczego, nie powinne mieć żadnego usprawiedliwienia. Nie trzeba nigdy zapominać, że chory często rejestruje wszystko w swojej pamięci, mimo że pozornie nie może na niczem skupić uwagi. Ileż razy słyszało się, jak chory po przejściu choroby dziękował za łagodne traktowanie, albo skarżył się na obchodzenie się, nie będąc w stanie

bez wstrząsu i zgrozy wewnętrznej wspominać, jakie katusze przeżywał, ulegając przemocy w czasie krępowania. O ileż lepiej dać możność choremu wyładować swoją energię, kierując umiejętnie tylko ruchliwością jego i zabezpieczając od aktów niebezpiecznych, w czem już musi dopomagać wyszkolony odpowiednio personel.

Pozostawimy, jednak, na chwilę stronę fizyczną omawianych środków krępujących, w danym wypadku koców i kaftanów. Każdemu dobrze są znane stany lękowe, lub urojenia prześladowcze, powodujące ruchowy niepokój. Przecież chory, interpretując zabiegi opacznie, nie odczuwając, zresztą, ulżenia swemu cierpieniu, cierpi psychicznie jeszcze więcej, a dla utrwalenia lęków lub urojeń stwarza się przez to jeszcze nowy grunt.

To samo trzeba powiedzieć o łóżkach siatkowych i izolacjach, zwłaszcza na dłuższy przeciąg czasu. Osobiście spotykałem się w praktyce z łóżkiem siatkowem tylko przez parę miesięcy, lecz znam chorych, którzy nie tak dawno spędzali żywot swój w łóżkach siatkowych, a obecnie po usunięciu wspomnianych łóżek znajdują się na oddziałach wśród innych chorych; również bywają niespokojni, lecz niepokój trwa krótszy okres czasu i przebiega znacznie łagodniej. Czem zresztą takie łóżka siatkowe, koce lub kaftany lepsze są od łańcuchów za dawnych czasów?

Znam w zakładzie psychjatrycznym w Lublińcu chorego W.; otóż chory ten przez półtora roku był na tyle niespokojny, że personel niższy niejednokrotnie zanosił prośbę o postawienie znowu łóżka siatkowego. Przez półtora roku przy tym chorym nieodłącznie znajdował się pielęgniarz, jednak ani kaftanu ani łóżka siatkowego nie pozwolono użyć. Po przejściu tego stanu podniecenia ruchowego W. przez dłuższy czas był bardzo dobrym pracownikiem w zakładzie i korzystał z wolnego wyjścia nawet poza zakład. Obecnie jest zwolniony, jako użyteczna jednostka. Kto wie, czy by nie zdziczał ten człowiek, będąc, jak zwierzę, posadzony do klatki? czy by przyszedł do tego stanu, w którym został zwolniony? Również w zakładzie psychjatrycznym w Lublińcu znajduje się obecnie chora K., która za czasów jeszcze niemieckich, będąc niespokojną, zastała zamkniętą nago do izolatki ze słomą; w takim chlewie znajdowała się przez kilka lat. Wynikiem tego jest, że chora K. ma obecnie ankilozę obydwóch stawów kolanowych, której mimo wszelkich zabiegów ortopedycznych łącznie z przedłużeniem ścięgna nie dało się usunąć; znajduje się obecnie ta chora w otwartym pokoju i siedzi ubrana na łóżku,

w lecie zaś znajduje się w ogrodzie wśród innych chorych. Zewnętrznie, nawet, po szeregu lat istnienia ludzkiego wygląda, jak zwierzątko; bez końca pisze skargi do Ministerstwa na tych, którzy zamknęli ją do izolatki ze słomą. Jest prawie pewnikiem, że gdyby była traktowaną inaczej, chora K. nie zdziczała by do tego stopnia, urojenia jej nie były by tej treści; gdyby, nawet, z natury swojej choroby (schizofrenja) pozostawała w zakładzie, to by mogła pracować, jak wielu innych schizofreników, nie stała by się absolutnie nieużytecznym członkiem społeczeństwa, bo przecież chorzy psychicznie są również odłamem społeczeństwa. I wszystko to rozumieli mędrcy starożytni i zalecali niekrępowanie i łagodne obchodzenie się z chorymi.

Przechodzimy z kolei do krótkiego przejrzenia środków krępujących farmakologicznych, jak hyoscyna, skopolamina, morfina. Pierwsze dwa należą do grupy atropiny. Grupa ta ma wielkie powinowactwo do peryferycznego aparatu nerwowego. Już małe dawki porażają peryferyczne włókna nervi vagi serca, powiększając ilość uderzeń jego przy podwyższeniu ciśnienia krwi; porażają końcowe włókna chordae tympani, wydzielające ślinę, jak również i inne nerwy wydzielnicze; skutkiem tego ogranicza się wydzielenie śliny, potu, śluzu; skóra i błony śluzowe ust i dróg oddechowych robią się suche, co wywołuje przeszkody przy połykaniu, pragnienie i t. p.; porażają ruchowe centra jelit, co powoduje zatrzymanie, wzgl. osłabienie peristaltyki. Hyoscyna i prawie równorzędna jej skopolamina, należąc do wyżej opisanej grupy, oddziaływują na organizm w sposób podobny. W przeciwieństwie do atropiny, która przy większych dawkach powoduje silne podniecenie prawie całego centralnego systemu nerwowego, w szczególności zaś kory mózgowej, z silnem podnieceniem ruchowem i halucynacjami, hyoscyna i skopolamina po krótkotrwałym okresie podniecenia osłabiają pobudliwość tegoż układu centralnego. Skopolamina wprawdzie jest środkiem łagodniejszym od hyoscyny, będąc wolną od takich objawów, jak niepokój ruchowy, suchość w gardle i t. p., lecz to wszystko nie zmniejsza tego i drugeigo, jako potężnej trucizny systemu nerwowego.

Morfina jest trucizną centralnego systemu nerwowego, a specjalnie mózgu, oddziaływując szczególnie na półkole mózgowe, a zwłaszcza na korę mózgową, należąc w ten sposób do typu trucizny kortykalnej. Morfina wywołuje wprawdzie mniej lub więcej trwały sen, który ostatecznie nawet może być przerwanym,

lecz nie jest to sen podobny do snu normalnego i już w każdym razie nie orzeźwia człowieka. Pomijając niebezpieczeństwo przyzwyczajenia się do tego narkotyku przy dłuższem używaniu, nawet jednorazowe używanie w celu osiągnięcia snu wywołuje po przebudzeniu się pewne zaburzenia, jak podwyższenie odruchów, obniżenie ciśnienia krwi, obstypacje, jako skutek podrażnienia n. splanchnici i t. p.

Z tego krótkiego zarysu działania wspomnianych narkotyków, tak często używanych w zakładach psychjatrycznych, jasno widzimy, że działanie to obejmuje najgłówniejsze centra żywotne, przyczem, uwzględniając stronę fizyczną, nie należy ono do szeregu wpływających dodatnio. Czy jednak, ryzykując pewne zaburzenia natury fizycznej, osiągamy skutek psychiczny? Otóż muszę stwierdzić, że dłuższych i wyraźnych skutków nie widzimy przy używaniu tych środków. Niejednokrotnie daje się zauważyć, że silnie podniecony chory nie reaguje wcale na wspomniane środki, albo reaguje bardzo nieznacznie. Często się widzi, że osiąga się sen na 2—3 godz., poczem następuje ten sam niepokój, a niekiedy nawet spotęgowany. Środki wspomniane, oddziaływując na centralny system nerwowy, na pewien czas krępują psychicznie chorego, unieszkodliwiają na krótki okres czasu, lecz zasadniczo stanu nie zmieniają, odgrywając w tym wypadku rolę kaftanu, lecz psychicznego. Zdaje się nam, że skutek, który osiąga się przez używanie wspomnianych środków, nie stoi w prostym stosunku z znaczeniem dla całego organizmu jednostki.

Oczywiście, jesteśmy dalecy od absolutnego negowania i odrzucania wspomnianych środków; stoimy tylko na tem stanowisku, że szablonowe i częste używanie ich nie przynosi korzyści i wyraźnych wyników, oddziaływując równocześnie szkodliwie na ogólny stan zdrowia jednostki, czego w każdym razie musi się unikać. Lepszy jest sen krótkotrwały, 2—3—4 godz., lecz naturalny, który orzeźwi i wzmocni chorego, niż dłuższy, lecz sztuczny, który da w następstwie ogólne rozbicie, bóle głowy, mdłości, obstypacje, brak łaknienia i t. p., co często widzimy nie tylko po używaniu omawianych środków, lecz nawet takich „niewinnych", jak weronal, trional, medinal i t. p. Rzecz oczywista, że w niektórych wypadkach koniecznie trzeba zastosować jeden ze wspomnianych środków, gdy po wypróbowaniu wszystkich innych metod, nie udało się osiągnąć żądanych skutków, lecz takie wy-

padki ostatecznie nie są zbyt częste i w takim razie trzeba się pogodzić z nieuniknionym, jako z malum necessarium.

Śmiem jednak twierdzić, że krępujące środki tak natury fizycznej, jak i farmakologicznej bynajmniej nie zmniejszają niepokoju jednostki i usunięcie ich, wzgl. zmniejszenie do minimum przyczynia się do uspokojenia i szybszego przebiegu okresu podniecenia. Nie będę tu mówił o doświadczeniach, poczynionych w latach dawnych, i powołam się na doświadczenia z lat ostatnich.

W zakładzie psychjatrycznym w Lublińcu przed 4 laty używały się jeszcze dłuższe izolacje, kaftany i farmakologiczne środki krępujące, jak skopolamina, morfina, weronal i t. p. Począwszy od roku 1926, rozpoczęła się walka z krępowaniem chorych. Personel niższy, przyzwyczajony do legalnego krępowania, stawiał pewien bierny opór, lecz mimo wszystko szło się po linji wytkniętej aż do osiągnięcia przyświecających wówczas postulatów. Po upływie 1$^1/_2$ roku dłuższe izolacje, kaftany zostały skasowane; środki farmakologiczne zmniejszono do minimum; gdy dawniej wydawało się dziennie po 20—30 nasennych proszków lub zastrzyków skopolaminy, obecnie na miesiąc wydaje się do 15—20 maximum proszków lub zastrzyków. Muszą stwierdzić, że z chwilą skasowania dłuższych izolacyji i kaftanów i ograniczenia do minimum „nasennych" na oddziałach zapanował większy spokój, zmniejszyła się ilość zniszczonych rzeczy, powiększył się % pracujących.

Osiągnęło się powyższe w ten sposób, że dało się możność niespokojnemu choremu wybiegać się, powiększono ilość sal dziennych, rozsegregowano indywidualnie chorych, zaprowadzono na oddziałach śpiew chóralny i muzykę; przy każdej sposobności (poza specjalnymi wykładami) pouczano personel w obchodzeniu się z chorymi i traktowaniu ich, tłómacząc nieraz mogące wyniknąć te lub inne konsekwencje; dano możność pracy i wyładowania energji nawet niespokojnym chorym (oczywiście nadającym się do tego i ulegającym wpływom postronnym); uruchomiono wreszcie kąpiele przedłużone.

Przestrzeń, woda i praca — to są potężne czynniki w uspokojeniu chorego, zastępujące w 90% wszystkie wyżej wymienione środki krępujące.

Oczywiście może mnie spotkać zarzut, że wszystkie te rozważania nie zawsze i nie wszędzie mogą mieć zastosowanie w praktyce, zwłaszcza w stosunku do przestrzeni. Bezsprzecznie,

przy obecnej niedostatecznej ilości zakładów psychjatrycznych i przepełnieniu przez to już istniejących, nie zawsze łatwo wydostać tę pożądaną i upragnioną przestrzeń w zakładach, lecz pozwolę sobie zrobić pewną uwagę: w każdym zakładzie ilość chorych niespokojnych przedstawia znaczną mniejszość w porównaniu z ogólną ilością; jeżeli kosztem spokojnych i pracujących chorych powiększyć oddziały dla niespokojnych, to już będzie uzyskane coś, już przestrzeń ta powiększy się, a wyniki nie dadzą na siebie długo czekać.

Przy tej sposobności chciałbym zabrać głos w kwestji palącej obecnie, w kwestji powiększenia zakładów psychjatrycznych. To jest kwestja na tyle paląca, na tyle nagląca, że nie można obok niej przejść do porządku dziennego. Jeżeli porównamy zamierzchłe czasy historyczne i przypomnimy chociażby jednego Caeliusa Aurelianusa, jeżeli uprzytomnimy sobie, na jakim poziomie wówczas stała cywilizacja i mimo to głoszono takie humanitarne poglądy, jeżeli zdamy sobie sprawę, że tylko przez brak zakładów mimo wysokiej kultury i cywilizacji nie możemy w tym kierunku sprostać postulatom z czasów historycznych, musimy żądać w imię tej samej cywilizacji i kultury jaknajszybszego budowania i uruchomienia zakładów. Nie wolno pozwalać, ażeby w czasie obecnej cywilizacji chorzy psychicznie siedzieli przykuci na łańcuchach, jak za dawnych czasów, ażeby błąkali się po ulicach i wsiach ze szkodą dla siebie i społeczeństwa. Nie wolno cofać się do czasów średniowiecznych i grzebać dzieła takich ludzi, jak Pinel. Trzeba, ażeby czynniki miarodajne zdały sobie sprawę, że niema cięższej choroby, jak choroba psychiczna, że niema nieszczęśliwszych ludzi, jak chorzy psychicznie, którzy zależą wyłącznie od łaski lub niełaski otoczenia; wtedy dopiero nie będziemy się wstydzili przed Hypokratesem, który nakazał oddawać chorych psychicznie pod opiekę lekarską, a nie więzić; wtedy sumienie całego społeczeństwa będzie czyste od grzechu upokorzenia godności bliźniego, od grzechu pośredniego zabójstwa człowieka, nie jeden bowiem z takich zaniedbanych chorych, będąc w porę umieszczony w odpowiednich warunkach, mógł wyzdrowieć i wrócić do swego otoczenia, jako użyteczna jednostka.

W związku z zarysem historycznym chciałbym zatrzymać się nieco nad alkoholizmem. Jak już wspominano w części historycznej, jeszcze Pitagoras mówił i przestrzegał przed

nadużywaniem alkoholu, nazywając go „trucizną dla duszy". W tej kwestji znowuż pojęcia współczesne, rozszerzone w swoim zakresie i oparte na danych pozytywnych, zasadniczo zbliżone są do pojęć ówczesnych. Coraz więcej słyszy się głosów, powstających wogóle przeciw używaniu alkoholu, coraz więcej gmin i powiatów wypowiada się za zniesieniem sprzedaży alkoholu, coraz więcej społeczeństwo przychodzi do przekonania, że „alkohol jest trucizną dla duszy". I w tym kierunku nie byłaby zbędną akcja przeciwalkoholowa, postawiona na szerszych podstawach. Mało mamy lecznic dla alkoholików i ostatni w razie konieczności leczenia umieszczani są wśród chorych psychicznie w zakładach, gdzie ostatecznie nie powinni być. Nie można pozatem nie powitać Ligi Antyalkoholowej, która w zrozumieniu całej doniosłości swego zadania, kroczy po linji wytkniętej.

Każdemu, który pracuje w zakładach psychjatrycznych, wiadomo, jak wiele chorych, zwłaszcza epileptyków, jest obarczonych dziedzicznie skutkiem nadużywania alkoholu przez ich przodków. Oczywiście, przy pomyślnych okolicznościach przejdą lata, zmienią się pokolenia, nim skutki alkoholu znikną. Akcja jednak, będąc raz rozpoczętą, nie powinna zaniknąć, lecz rozszerzać się w swoim zakresie: to jest profilaktyka psychjatryczna. Jeżeli akcja ustanie, wzgl. zatrzyma się, postęp psychjatrji znowu cofnie się, a do tego nie wolno dopuścić, raz bowiem już psychjatrja cofnęła się i dłuższy czas nie mogła wejść na prawdziwe tory.

Przeglądając wszystko wyżej wymienione, nie można nie przyznać, że, aczkolwiek stan obecny psychjatrji w porównaniu z czasami historycznymi stoi na niezmiernej wysokości, w wielu jednak wypadkach psychjatrja kroczy po linji, zarysowanej przez mędrców starożytnych. Kultura i cywilizacja zachodnio—europejska stoi obecnie na zbyt mocnych podstawach, ażeby mogła cofnąć się za daleko, lecz przy stałym postępie w psychjatrji jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia. Nie mówię w danym wypadku o naukowych poszukiwaniach substratu chorobowego w tych lub innych stanach, przyczyny chorób, zagadnień powikłanych chorej duszy; mówię obecnie o traktowaniu chorych, o krępowaniu ich, o niezbędności podtrzymywania, względnie wprowadzania chorego na pewną wysokość poziomu socjalnego; rola zakładu psychjatrycznego

nie może ograniczać się na internowaniu tylko lub leczeniu nadających się do tego ostatniego jednostek, lecz także na wychowaniu i na daniu choremu pola pracy; w ten sposób z jednej strony wykorzysta się siłę chorego dla dobra społeczeństwa, z drugiej zaś da się mu możność poczuć, że nie jest on niepotrzebną jednostką, że jest również pewną, aczkolwiek małą śrubką w olbrzymiej maszynie życia.

Zdawałoby się nam możliwem wyciągnąć z powyższego wnioski następujące: 1) do fizycznych środków krępujących należy zaliczyć również kraty i mury zakładów; 2) środki krępujące fizyczne należy raz na zawsze skasować bez zastrzeżeń; 3) krępujące środki farmakologiczne należy zmniejszyć do minimum, używając ich w ostateczności i traktując, jako malum necessarium; 4) należy kształcić niższy personel i rozwijać w nim poczucie wysokości zadania pielęgnowania psychicznie chorych; 5) należy dążyć do jaknajszybszego budowania i uruchomienia zakładów psychjatrycznych.

Les moyens de coercition à l'égard des aliénés, étudiés sous l'angle des postulats historiques.

Par le Dr. M. SIEMIONKIN.

L'auteur, après un bref aperçu historique, étudie la question des moyens de coercition à l'égard des aliénés et constate que ces moyens ne diminuent en aucune façon l'agitation motrice des malades, mais la suspendent uniquement pour quelque temps. L'agitation augmente parfois, une fois les liens enlevés. Les moyens de coercition d'ordre physique ne font souvent que rendre durables les phénomènes psychopathiques excitants et que déterminer l'apparition de nouvelles manifestations morbides. L'isolement a une action défavorable sur le malade et le rend tout à fait asocial. Les agents pharmacologiques ne donnent pas de résultats stabiles et jouent, au fond, le rôle d'une camisole de force chimique. L'auteur propose de proscrire entièrement les moyens de coercition physiques et de réduire au strict minimum l'emploi d'agents chimiques, en considérant cet emploi comme un malum necessarium. Il recommande, par contre, beaucoup d'espace, le travail et les bains, méthode qui

dans 90 p. 100 des cas remplacera avantageusement les moyens de coercition. L'auteur estime que le rôle d'un établissement psychiatrique ne doit pas se borner à interner et à traiter les malades, mais qu'on doit chercher de plus à exercer une influence éducatrice sur eux et à les élever sur un échelon supérieur de la vie sociale.

Dziesięć lat działalności oddziału psychjatrycznego Szpitala św. Jakóba w Wilnie (1919—1929).

Skreślił Dr. med. JULJAN PODWIŃSKI, kierownik oddziału psychjatrycznego Szpitala św. Jakóba w Wilnie.

Po objęciu przezemnie ordynatury (w końcu roku 1918-go) oddano mi do dyspozycji tylko połowę budynku, oraz wydano polecenie przez władze okupacyjne sanitarne, aby ze względu na brak opału, korzystano narazie z 3-ch sal na parterze i tyluż na piętrze.

Z powyższego wynika, że w 6 salach, przeznaczonych dla 40 umysłowo chorych miałem lokować, opiekować się i leczyć nieograniczoną ilość nowoprzybywających psychicznie chorych.

Jakkolwiek liczba chorych w okresie tym dochodziła do 80 osób, to jednak władze sanitarne, ze względów oszczędnościowych, dały do pomocy jednego felczera, 3-ch sanitarjuszy dla oddziału męskiego i tyleż sanitarjuszek dla oddziału żeńskiego.

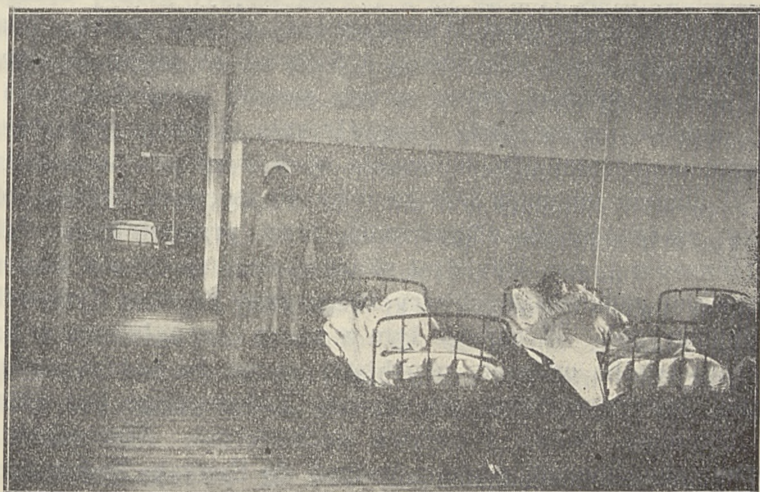
Biorąc pod uwagę powyższe, jako też i tę okoliczność, że chorzy szpitalni w czasie okupacji niemieckiej ginęli dziesiątkami z powodu zimna, oraz bardzo lichego odżywiania i absolutnego braku środków leczniczych, łatwo sobie wyobrazić, w jak ciężkich warunkach winien był wówczas lekarz szpitalny wogóle, psychjatra zaś w szczególności, pracować.

W pracy niniejszej mam na celu przedstawić działalność kierowanego przeze mnie oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie w okresie pierwszych lat dziesięciu naszej Niepodległości Państwowej — od dn. 1. I. 1919 roku do dn. 1. I. 1929 r.

Pierwszem mojem zadaniem jest przedstawienie materjału ściśle lekarskiego, o ile możności w cyfrach, dla podania go do



Gmach oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.



Oddział Psychjatryczny Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.
Infermerja strony żeńskiej.

oceny fachowej ludzi jedynie do tego powołanych t. j. kolegów lekarzy.

Drugiem zadaniem, które uważam za niemniej ważne od pierwszego, jest zobrazowanie warunków życia chorych dla szerszej publiczności.

Nietylko w pierwszem, ale i w tem drugiem zadaniu przytrzymywać się będę bezwzględnej szczerości, wywlekając na jaw wszystkie tak zwane „tajemnice“ oddanego mojej opiece Zakładu.

Sądzę, iż tylko w ten sposób przyczynić się mogę do stopniowego usunięcia niedorzecznych częstokroć wyobrażeń publiczności, tudzież kolegów lekarzy — niepsychjatrów i zakorzenionej ich nieufności do szpitali dla obłąkanych.

A stopień sympatji społeczeństwa nie jest dla szpitali obojętny, kwestja zaś, czy podane fakty nie rzucą cienia winy i na lekarza, jest zbyt błahą i osobistą i w rachubę wchodzić nie może, gdy idzie o dobro instytucji publicznej.

Mając na celu przedstawienie materjału ściśle lekarskiego, uważam za pożądane, dla łatwiejszego zorjentowania się czytelnika, podzielić dziesięcioletnią działalność oddziału psychjatrycznego na 4 okresy:

I. Okres, bodaj najcięższy w życiu szpitali, od stycznia 1919 roku do maja 1922-go roku (okres wojny, głodu, epidemji i okupacji bolszewickiej Wileńszczyzny z późniejszemi latami napływu uchodźców z Bolszewji i Niemiec do miejsc zrujnowanych pożogą wielkiej wojny swych siedzib gospodarczych) — stałe, wprost rozpaczliwe, przepełnienie Szpitala psychicznie chorymi bez różnicy płci, wyznania, wieku i miejsca pochodzenia.

II Okres: od maja 1922-go roku do stycznia 1927-go roku (okres nieznacznego złagodzenia tego przepełnienia dzięki wskrzeszeniu przez Magistrat skasowanego za czasów okupacji niemieckiej oddziału psychjatrycznego przy Szpitalu Żydowskim na 55 chorych). W okresie tym w miarę przepełnienia w Szpitalu Św. Jakóba oddziału psychjatrycznego dla kobiet, nadmiar chorych przeprowadzono do Szpitala Żydowskiego bez różnicy ich wyznania, wieku i miejsca pochodzenia. Niezależnie od ciągłych wypisywań, przeprowadzań do Szpitala Żydowskiego, urlopowań i umieszczeń w patronage familiale we wsi Deksne, pod Olkienikami, liczba chorych wstępujących do Szpitala Św. Jakóba się zwiększyła.

III. Okres — od stycznia 1927-go roku do stycznia 1928 roku, kiedy to w Wilnie na Antokolu, przy ul. Letniej 5, rozpoczyna działalność powstały, łącznie z kliniką psychjatryczną U. S B., Szpital Psychjatryczny Państwowy na 120 łóżek etatowych. W okresie tym zostają wyeliminowani ze szpitali miejskich Św. Jakóba i Żydowskiego i umieszczeni do szpitala przy ul. Letniej wszyscy psychicznie chorzy ze wsi, gdyż tych ostatnich pozostawało w szpitalach miejskich w Wilnie 55% ogólnej liczby chorych psychicznie. Pomimo tego, liczba chorych miejscowych w Szpitalu Św. Jakóba nie zmniejszyła się.

Wreszcie IV okres — rok 1928 — początek likwidacji oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba przez nowy Magistrat m. Wilna.

W roku sprawozdawczym 1919-ym, jak to widać z tablic statystycznych, korzystało z opieki i kuracji psychjatrycznej 319 chorych płci obojga, a więc w ciągu roku przez Szpital przechodzi liczba przeszło trzykrotna w stosunku do pojemności Zakładu.

Materjał napływający stanowią psychicznie chorzy w stadjum ostrem w liczbie 30%, resztę chorych stanowią chronicy.

Przeciętna dzienna liczba chorych — 96.

Jeżeli przypatrzymy się tablicom statystycznym z roku 1919-go, to przedewszystkiem rzuca się w oczy ogromny odsetek śmiertelności: liczba zgonów 80; następnie liczba obcokrajowców 86 osób, prawosławnych mężczyzn 78, wreszcie wojskowych 71.

Cyfry te będą zrozumiałe, o ile przyjmie się pod uwagę, iż był to rok „ 105-dniowej okupacji bolszewickiej Wileńszczyzny“, kiedy to w okresie pierwszych trzech miesięcy płynęła szeroka fala psychicznie chorych bolszewickich żołnierzy, łącznie z byłymi żołnierzami carskiej armji rosyjskiej, wracającymi z niewoli niemieckiej w stanie choroby umysłowej.

Pośród chorych żołnierzy poza najrozmaitszemi zaburzeniami psychicznemi, mieliśmy do czynienia z różnorodnemi cierpieniami somatycznemi, jak gruźlica narządu oddechowego, choroby organiczne serca, zapalenie nerek, zgorzel po odmrożeniu stóp etc.

Odsetek zgonów za rok sprawozdawczy stanowił 25% ogólnej liczby chorych leczonych w ciągu roku.

Odsetek ten jest również z tego powodu tak znaczny, że działo się to w czasie głodu i panującego w szpitalach doku-

czliwego zimna, epidemji tyfusowej, oraz nadmiernego przepełnienia szpitali chorymi.

Dalej z liczb statystycznych roku sprawozdawczego wynika, iż chorych pochodzących z Wileńszczyzny było 119, zaś z innych województw łącznie z obcokrajowcami było 146.

Wielkość tych liczb staje się zupełnie zrozumiała, skoro weźmiemy pod uwagę tę okoliczność, że oddział psychjatryczny w okresie tym był jedynym szpitalem na kresach północno-wschodnich.

W roku sprawozdawczym znajdowało się 13 podsądnych przesłanych z więzienia na obserwację psychjatryczną.

Wreszcie, po obejrzeniu tablicy statystycznej podziału chorych podług rozpoznania, dojdziemy do wniosku, że oddział psychjatryczny przy Szpitalu Miejskim Św. Jakóba musiał być jednocześnie zakładem dla psychicznie chorych, jak ostrych tak i przewlekłych, przytułkiem dla epileptyków i idjotów, zakładem wychowawczym dla alkoholików i morfinistów, miejscem obserwacji sądowo-psychjatrycznej więźniów, oraz miejscem stałego pobytu dla psychopatów typu bardziej kryminalnego.

Żadnych wydatków na inwestycje i zakup inwentarza, ze względów zrozumiałych, w roku sprawozdawczym nie dokonano przez Magistrat m. Wilna.

Z tablic statystycznych roku 1920-go wynika, iż ogółem leczono 323 chorych, w tej liczbie chorych pozostałych z roku poprzedniego było 88, przyjęto zaś w roku sprawozdawczym 235 chorych obojga płci; wypisano 180, przeniesiono do Szpitala Zakaźnego z powodu tyfusu plamistego 8 osób; zmarło — 49; ci ostatni stanowią 15 proc. w stosunku do ogólnej liczby chorych, leczonych w Szpitalu.

Z liczby 151 wypisanych w roku ubiegłym chorych powróciło do Szpitala w r. b. 27. A gdzie reszta? Pozostaje chyba na opiece nieszczęśliwych rodzin i ciężkiego losu, a być może więcej połowy wypisanych już wymarło wskutek głodu, chłodu i grasujących podówczas epidemij tyfusu, hiszpanki, czerwonki i cholery.

Liczba obcokrajowców i wojskowych w roku sprawozdawczym zmniejszyła się z powodu reewakuacji tychże do Bolszewji i Litwy, natomiast przybywają do szpitala psychicznie chorzy żołnierze polscy, gdyż w roku tym oddział dla psycho-

nerwowych jeszcze nie był czynny przy Szpitalu Wojskowym w Antokolu w Wilnie.

Co do miejsca pochodzenia chorych, to z Wileńszczyzny było 172 (49%), reszta pochodziła z innych województw Rzeczypospolitej oraz krajów ościennych.

Liczba podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, stanowiła 17 osób.

W roku 1921-ym razem leczono 293 osoby, z których pozostało z roku poprzedniego 86 i przyjęto nowych 207. Wobec napływu nowych chorych, niebezpiecznych dla siebie i otoczenia, a w związku z tym nadmiernego przepełnienia Szpitala, zniewolony byłem wypisać w roku sprawozdawczym 203 osoby w stanie remisji niezupełnej, oczywiście biorąc pod uwagę w każdym poszczególnym wypadku warunki przyszłej opieki pozaszpitalnej wypisywanych przezemnie umysłowo chorych. Śmiertelność w porównaniu z latami poprzedniemi zmalała, wynosiła bowiem w roku sprawozdawczym 9% w stosunku do ogólnej liczby leczonych chorych w ciągu roku, co się tłomaczy poprawą warunków życia ludności wogóle a warunków odżywiania szpitalnych chorych w szczególności.

Liczba chorych żydów wynosiła 21,2% w stosunku do ogólnej liczby leczonych.

Tu zwrócić należy uwagę na przychylny stosunek biednej ludności Wilna do psychicznie chorych: w roku sprawozdawczym, jak i w latach ubiegłych i przyszłych, co sobotę w godzinach popołudniowych odwiedzały chorych szeregi przekupek żydówek i drobnych handlarek artykułami spożywczemi, które hojną dłonią rozdawały wszystkim chorym oddziału psychjatrycznego, bez różnicy wyznania i miejsca pochodzenia pieczywo, jaja, śledzie, owoce, czekoladę, mleko etc.

Biorąc pod uwagę tę okoliczność, iż psychicznie chorzy otrzymywali ze szpitala pożywienie wytwarzające dziennie tylko 1250 kaloryj, łatwo sobie wyobrazić, jakie znaczenie miało wtedy dodatkowe odżywianie dostarczone przez przedstawicieli drobnego handlu żywnością tych zacnych obywateli Wilna.

Zaznaczyć wypada, iż liczba chorych bezdomnych i nie mających rodziny, a wymagających forsownego odżywiania, przekraczała połowę ogólnej ilości chorych leczonych w Szpitalu.

W roku 1922-gim warunki opieki i kuracji psychjatrycznej w Szpitalu Św. Jakóba, dzięki poparciu moich planów przez prezydjum III Zjazdu Psychjatrów Polskich w Wilnie, nieco się poprawiły w tym sensie, że Magistrat mianował nową siłę pomocniczą w osobie lekarza D-ra Eugenji Kibortówny, która w tym czasie objęła stanowisko ordynatora oddziału kobiecego; w dniu zaś 17-go maja część chorych kobiet, w liczbie 40, została przeniesiona do wskrzeszonego przez Magistrat oddziału psychjatrycznego przy Szpitalu Żydowskim (na 55 łóżek).

Magistrat przeprowadził w roku tym bielenie wapnem sufitów i ścian całego oddziału, oraz malowanie podłogi. W związku zaś z otwarciem oddziału — filji przy Szpitalu Żydowskim, zredukował jedną z sal na 10 łóżek oddziału kobiecego przy Św. Jakóba na rzecz składnicy bielizny i inwentarza szpitalnego, bowiem w tym czasie składnica szpitalna została usunięta z budynku Szpitala, zajętego przez Klinikę Neurologiczną U. S. B.

Wspominając wyżej o pierwszym w Wilnie Zjeździe Psychjatrów Polskich zaznaczyć muszę, że wystąpiłem w czasie tego Zjazdu z referatem pod tytułem „Opieka nad umysłowo chorymi w Wileńszczyźnie", streszczenie którego czytelnik znajduje w I-szym tomie Rocznika Psychjatrycznego z roku 1923-go na str. 66 i 67.

Kończąc sprawozdanie z działalności kierowanego przeze mnie oddziału psychjatrycznego w I-szym okresie minionego dziesięciolecia, mam zaszczyt zaznajomić czytelnika z metodami leczenia powierzonych mojej opiece psychicznie chorych.

Stałe przepełnienie oddziału, gdzie dzienna liczba psychicznie chorych wynosiła od 130 do 136 osób, stały brak służby salowej (1 sanitarjusz na 20 chorych), oraz szczupłość pomieszczenia, znacznie utrudniało segregację chorych, narażało chorych na tłuczenie się po salach oddziału, utrudniało pracę lekarza i zmniejszało możliwość poprawy chorych, nie mających dostatecznego odżywiania, leków, bielizny etc.

Dzięki powyższemu, leczenie objawowe chorych, do czego się przyznaję z bólem serca, polegało na tem, że chorych podnieconych, niezdolnych do pracy, trzymano w łóżku, dawano im środki nasenne (o ile sen trwał w przeciągu dni kilka mniej niż 4 godziny na dobę), stosowane były kąpiele ciepłe, niedłuższe jednak wobec braku wanienek i służby, niż $^{1}/_{2}$ godziny; u cho-

rych silnych fizycznie stosowano kilkakrotnie obwijanie w mokre prześcieradła, na chorych zaś agresywnych, skłonnych do uszkodzenia przedmiotów i popędów samokaleczenia, nakładano kaftany bezpieczeństwa.

Z tych samych powodów izolowano chorych, wprawdzie rzadko (jak to widać z dziennika czynności oddziału), szczególnie zamroczonych epileptyków, w separatkach.

Od końca 1921-go roku chorych schizophreników leczono zastrzykami Natrii nucleinici 10% w rozczynie fizjologicznym Na Cl; narazie lek ten, wykreślony z lekospisu apteki miejskiej, sprowadzano kosztem chorych.

Prócz tego zastosowane były zastrzyki mleka, przetworów arszenikowych, wlewanie cukru gronowego (epileptykom) oraz zastrzyknięcia domięśniowe przetworów bismuto-chino-jodowych przy psychozach metakiłowych.

Przy podnieceniach długotrwałych stosowane były, wprawdzie rzadko, wlewania rozczynu fizjologicznego soli kuchennej w ilości 200 gr. dwa razy tygodniowo, łącznie z wyżej już wymienionym 10% rozczynem Natrii nucleinici.

Niezależnie od środków chemicznych i fizykalnych, jako środek leczniczy wprowadza się też praca fizyczna chorych pod ścisłym dozorem pielęgniarzy, jako instruktorów.

W przypadkach schorzeń somatycznych zapraszano do Szpitala specjalistów różnych gałęzi wiedzy lekarskiej.

Badanie serologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi na odczyny kiłowe dokonywała bezpłatnie Ekspozytura Państwowego Zakładu Higjeny w Wilnie.

Niezależnie od tego odbywały się dość często konsultacje i konferencje ordynatora z profesorami psychjatrji U. S. B.

Wobec braku odpowiednich funduszów w Magistracie niezbędne pomoce naukowe dla badań psychicznie chorych, zwłaszcza podsądnych przebywających na obserwacji, stale nabywałem kosztem własnym, pisma specjalne, oraz druki i księgi potrzebne do rejestracji chorych również nabywałem na koszt własny.

Traktując psychicznie chorych na równi z innymi chorymi, starałem się, aby oddział psychjatryczny jak najmniej różnił się od zwykłego oddziału szpitalnego, by psychicznie chorzy czuli się w szpitalu jak w domu, a nieraz i lepiej, bo w domu

życie ich, z powodu niezrozumienia choroby przez otoczenie, bywa bardzo ciężkie.

W tym celu szczególną uwagę zwróciłem na tych, którzy z tytułu swej pracy i stanowiska ciągle obcują stale z psychicznie chorymi w szpitalach, a więc na służbę salową.

Co się tyczy oddziału psychjatrycznego, gdzie dzienna liczba chorych wzrosła do przeszło 130 osób dziennie, po trudnych lecz zwycięskich walkach z Magistratem uzyskałem wreszcie prawo ustalenia na oddziale czasowego etatu służby salowej w liczbie 13 osób, czyli, że na jednego służącego miało wypadać mniej więcej 10-ciu psychicznie chorych.

W rzeczywistości zaś było inaczej, gdyż wobec systemu 2-ch zmian, na jednego służącego wypadło z górą 20 osób; szczególnie w ciężkiem położeniu znajdowały się sale oddziałowe dla gwałtownych i hałaśliwych.

Zwracałem uwagę na to, że niedostateczna liczba służby i, co za tem idzie, jej przemęczenie, odbija się ujemnie na chorych; nie trudno wtedy o oprysklíwe traktowanie chorych, a nawet o poszturchiwanie i bicie.

Osobiście badając kwalifikacje nowoprzybyłych sanitarjuszy(ek), nie chodziło mi o jakieś specjalne, trwające lata, ich wyszkolenie, lecz o osobistą wartość sanitarjusza(ki) i jego (jej) dobre serce, skłonne do odczuwania ludzkiej niedoli.

Wobec uciążliwości i odpowiedzialności pracy wśród psychicznie chorych, do obsługi dopuszczałem tylko jednostki zrównoważone, łagodne i odpowiednio rozgarnięte, łatwe do wyszkolenia.

W okresie minionym chore i chorzy uskarżali mi się niejednokrotnie na niewłaściwe postępowanie służby jak wyrywanie włosów, zasłanianie twarzy ręcznikiem lub poduszką, konflikty przy wstawaniu, myciu i kąpaniu. Kilkakrotnie sam podczas obchodów dziennych zanotowałem łapanie psychicznie podnieconych za szyję, szturchanie i bicie, przyczem, co ma znaczenie praktyczne, częściej notowałem te przestępstwa służbowe u służby starszej.

Podczas zaś obchodów nocnych, zwłaszcza w dnie świąteczne, notowałem dość często spanie służby podczas dyżuru.

Ponieważ pośród służby salowej byli i tacy, którzy, pod płaszczykiem należenia do związków klasowych, słuszne uwagi i nagany ordynatora uważali za nieważne, a niekiedy nawet

wobec swych towarzyszy pracy szerzyli niechęć i niesubordynację do przełożonego, przez co czynili współpracę dla dobra nieszczęśliwych chorych niemożliwą, zmuszeni byliśmy stworzyć tak zwaną komisję kwalifikacyjną, sankcjonowaną przez Magistrat, na czele której stał lekarz naczelny Szpitala Św. Jakóba p. Dr. Zygmunt Zawadzki i w skład której wchodziło jeszcze 2-ch ordynatorów innych oddziałów Szpitala, zaś ordynator oddziału psychjatrycznego w komisji tej występował w roli rzecznika dyscyplinarnego.

Komisja kwalifikacyjna po rozpoznaniu spraw wykroczeń służbowych miała prawo, prócz udzielenia winowajcom ostrzeżenia, nagany, względnie zwolnienia ze służby, zastosować się do § 282 k. k. i sprawę wykroczeń służby salowej skierować do Sądu Koronnego.

Dzięki powyższemu udało mi się zaprowadzić porządek ze służbą salową, która coraz więcej wykazywała dobrych chęci, a skargi chorych na nieodpowiednie zachowanie się służby salowej prawie ustały.

Przechodząc zatem do sprawozdania z działalności oddziału psychjatrycznego w okresie II-gim minionego dziesięciolecia, a więc od maja r. 1922-go do stycznia 1927 roku, podam liczby statystyczne ruchu chorych w tym okresie.

W roku sprawozdawczym 1922-gim razem leczono 391 (mężczyn 230, kobiet 161), w tej liczbie pozostałych chorych z roku poprzedniego 56 (mężczyzn 38 i kobiet 18).

Wypisane ze szpitala były 203 osoby (137 mężczyzn i 66 kobiet); do innych szpitali przeniesiono 77 chorych.

Z ogólnej liczby 335 chorych, przyjętych do szpitala, przybyło po raz pierwszy 316 osób, z miasta Wilna 154 osoby, z województwa Wileńskiego 147, z innych województw 27 i obcokrajowców 7 psychicznie chorych.

Żydów było 22,1%, prawosławnych 11,6%, katolików 64,5% oraz innych wyznań 1,8% w stosunku do liczby ogólnej chorych leczonych w ciągu roku.

Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła w roku sprawozdawczym 109—131. Z powyższego widać, że pomimo zwiększenia liczby łóżek magistrackich, drogą utworzenia oddziału kobiecego przy Szpitalu Żydowskim, liczba wstępujących cho-

rych do Szpitala Św. Jakóba nie uległa zmianie w sensie ilościowego zmniejszenia.

Na obserwacji psychjatrycznej było w szpitalu podsądnych 15 osób, w tem 2 kobiety.

Śmiertelność w ciągu roku 13% ogólnej liczby chorych.

Na inwestycje lokalu i inwentarz wydano w roku sprawozdawczym około 1000 złotych (200 dolarów amerykańskich).

Z braku kredytów Magistrat anulował zapotrzebowanie ordynatora na nabycie dla psychicznie chorych, pracujących fizycznie poza oddziałem, ciepłego ubrania.

W roku sprawozdawczym 1923-im razem leczono 449 chorych, a więc w ciągu roku przez oddział psychjatryczny Szpitala przechodzi liczba prawie pięciokrotna w stosunku do pojemności zakładu, który podówczas, jak już zaznaczyłem, miał tylko 90 łóżek etatowych,

W liczbie 449 chorych było 289 mężczyzn i 160 kobiet.

Z ogólnej liczby 390 chorych, przyjętych do Szpitala w roku sprawozdawczym, przybyło poraz pierwszy 365 chorych, z miasta Wilna 218, województwa Wileńskiego (powiatów) 134 i z innych województw 31.

Wypisano było w stanie remisji niezupełnej 254 osoby; przeniesiono do innych szpitali (żydowskiego i zakaźnego) 63 osoby; zmarło 46 osób, a więc odsetek śmiertelności wynosił 10,2%.

Z cyfr wyżej przytoczonych widzimy większą ilość chorych, pochodzących z Wilna, szczególnie mężczyzn, co winno być tłomaczone napływem do Wilna w owym czasie uchodźców z Rosji, którzy w jesieni 1915-go roku, zmuszeni byli w czasie działań wojennych opuścić Wilno.

Zjawisko powyższe tłomaczy się również brakiem innego szpitala miejskiego dla psychicznie chorych mężczyzn w Wilnie.

Podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, było w roku sprawozdawczym 45 osób, w tej liczbie 11 kobiet.

Chorzy korzystali podczas wiosny, lata i jesieni ze spacerów w ogródku szpitalnym.

Zwrócono więcej uwagi na leczenie psychicznie chorych pracą fizyczną.

Pomimo czynionych w swoim czasie prób i zabiegów w sprawie złagodzenia doli oddanych mojej opiece szpitalnej psychicznie chorych, sprawa ta do końca roku sprawozdawczego 1923-go nie była załatwiona, ze względu na co zaczęły się uka-

zywać w prasie lokalnej codziennej artykuły o treści związanej z powyższem.

Pozwolę sobie tutaj zacytować jeden z kilku takich artykułów, którego treść aż nadto wymownie świadczy o stanie opieki nad umysłowo chorymi w Wileńszczyźnie w owym czasie:

— Sprawa opieki nad umysłowo chorymi, całkowicie nieuregulowana w naszych województwach na kresach północno-wschodnich od chwili wybuchu wszechświatowej wojny, obecnie przedstawia się wprost rozpaczliwie, gdyż chorych niema dokąd skierować. Utrzymywane przez miasto Wilno wyłącznie swoim kosztem bez wszelkiego współdziałania, zarówno ze strony Rządu jak i poszczególnych sejmików powiatowych naszego kraju, dwa oddziały dla psychicznie chorych, obsługujące dotychczas całe kresy północno-wschodnie, jeden przy Szpitalu Św. Jakóba i drugi przy Szpitalu Miejskim Żydowskim, są przepełnione ponad wszelką miarę i ani jednego chorego więcej przyjąć nie mogą. Na oddziale Św. Jakóba obliczonym normalnie na 80 łóżek i mogącym przy największem skupieniu pomieścić do 100 chorych, przybywa obecnie około 120 osób, w Szpitalu zaś Żydowskim (zamiast 40) 60 chorych. Tymczasem przybywają codzień nowi chorzy, których niema gdzie pomieścić. Konieczna w danym wypadku odmowa przyjęcia spotyka się z łatwo zrozumiałem oburzeniem i stwarza nieraz sytuację bez wyjścia. W szpitalu Św. Jakóba ilość umysłowo-chorych, pochodzących z poza obrębu m. Wilna, z sąsiednich gmin i powiatów, waha się stale od 65 — 75% ogólnej ilości leczonych w ciągu roku chorych; w Szpitalu Żydowskim stanowi nie mniej 50%. Wobec powyższego Zarząd m. Wilna zwracał się niejednokrotnie do władz rządowych i sejmików powiatowych, celem zajęcia się tą sprawą i przyznania dla m. Wilna subsydjów na powyższe cele, ale do tego czasu nie odniosło to żadnego skutku. Wobec powyższego Magistrat m. Wilna zwrócił się z odpowiedniem pismem do Pana Delegata Rządu (Wojewody), w którem składa z siebie odpowiedzialność za fatalny stan oddziałów psychjatrycznych i prosi o możliwie niezwłoczne zwołanie konferencji celem unormowania stosunków w tej dziedzinie oraz utworzenie nowych zakładów, dokąd byłoby można umysłowo chorych nadal skierowywać.

Niezależnie od tego, zaczęły się ukazywać w prasie psychjatrycznej artykuły, dotyczące szpitalnictwa psychjatrycznego na

Kresach Wschodnich. Z artykułów tych wynika, iż najgorzej przedstawiają się sprawy opieki psychjatrycznej na kresach północno-wschodnich, gdzie jedyny istniejący tam większy zakład psychjatryczny na 1000 łóżek w Nowej-Wilejce uległ znacznemu zniszczeniu podczas wojny. Jest on obecnie nieczynny, a nasze wojsko zajęło go pod koszary. W ten sposób cała przestrzeń Kraju pomiędzy Niemnem i Bugiem a Dźwiną i Horyniem pozbawiona jest całkowicie pomocy w specjalnym zakładzie psychjatrycznym. W tych warunkach jedynym, aczkolwiek tymczasowym środkiem zaradczym może być wyzyskanie rezerwy łóżek psychjatrycznych, istniejącej w zakładach byłej dzielnicy Pruskiej, a zadania Ministerstwa Zdrowia Publicznego powinny iść w kierunku jaknajbardziej wydajnego wykorzystania tych rezerw, co z jednej strony zapewni możność dostarczenia ludności pomocy psychjatrycznej tam, gdzie jej brak, z drugiej zaś strony uchroni istniejące zakłady psychjatryczne na Pomorzu, Śląsku i w Wielkopolsce od niebezpieczeństwa przeznaczenia ich na inne cele, do czego starostwa tych ziem, do których należą zakłady, mogą być zmuszone wobec nadmiernych ciężarów funduszowych, jakie pociąga za sobą utrzymywanie zakładów psychjatrycznych z nadmierną liczbą łóżek niezajętych.

Starostwo Krajowe Pomorskie postanowiło już zamknąć w roku bieżącym zakład psychjatryczny w Wejherowie. Z tym samym zamiarem nosi się Starostwo Krajowe w Poznaniu względem zakładu psychjatrycznego w Owińskach. W zakładzie psychjatrycznym w Kościanie, który jest jedynym i odrębnym w Państwie zakładem dla niedorozwiniętych dzieci, część pawilonu oddano dla pomieszczenia głuchoniemych. W Rybniku część pawilonu zajęło wojsko, wobec braku w nim pacjentów.

Te zakłady i pawilony mogą być stracone dla psychjatrji bezwrotnie, a pomiędzy niemi są takie jak naprzykład 5 pawilonów w Wejherowie, które są najpiękniejszemi naszemi urządzeniami psychjatrycznemi. Uratowanie tych zakładów dla celów psychjatrycznych jest więc sprawą pilną i może najważniejszą z tych, jakie stoją przed naszem Ministerstwem Zdrowia Publicznego w tej dziedzinie.

Z treści tych artykułów, często powtarzanych w prasie, opinja publiczna rozumiała potrzeby budowy dużego szpitala,

gdyż liczba umysłowo chorych, spacerujących samopas po ulicach miast i wsi Wileńszczyzny, postępowo wzrastała.

Psychicznie chorzy wypisywani ze szpitali wileńskich, a oblegani przez tłumy naigrawających się uliczników, stanowili prawie codzienne zjawisko.

A poza tym smutnym obrazem życia ulicy kryły się sceny niemej rozpaczy, w jaką wpadała biedna rodzina, próżno kołacząc do przepełnionych wrót nielicznych w Wilnie szpitali.

Za tym obrazem kryły się częstokroć głód i nędza, gdyż w osobie chorego rodzina nie tylko utraciła dzielnego pracownika, lecz, ważniejsze, znalazła przeszkodę, która nie pozwalała zdrowym jednostkom pracować.

Wreszcie kryła się częstokroć rozpusta i zły nałóg, które niewidocznie, lecz niewątpliwie oddziaływały na nie zdające sobie sprawy mniej krytyczne jednostki.

W samej rzeczy szaleniec, niegroźny pod względem zaraźliwości, lecz często groźny ze względu na klęskę materjalną i ruinę, na które naraża swe otoczenie, w każdem dobrze rządzącem się społeczeństwie znajduje pomoc i opiekę. U nas zbyt mało w tym kierunku zdziałano.

Na początku roku 1924-go okazała się w prasie wzmianka, głosząca o przekazaniu szpitala psychjatrycznego w Nowej-Wilejce na własność wojskowości.

Wiadomość ta nie mogła pozostać bez oddźwięku — przeciwnie musiała wywołać odruch w społeczeństwie, tak bardzo cierpiącem na brak opieki psychjatrycznej.

Wprawdzie szpital w Nowej-Wilejce, budowany podług „kazionnych“ wzorów rosyjskich, niezbyt się nadawał do celów psychjatrycznych. Wprawdzie, rzecz prosta, potrzeby wojska powinne być w jak najszerszym zakresie uwzględnione, ale strata wielkiego szpitala na 1000 łóżek musiała być w jakiś sposób powetowana.

Należało bowiem pamiętać, że żadne większe miasto polskie nie posiadało i obecnie nie posiada tak wielkiej liczby bezdomnych, błąkających sie po ulicach psychicznie chorych, jak właśnie Wilno.

Dokładna statystyka państw zachodnich wykazuje, że na 1000 mieszkańców przypada 3-4 umysłowo chorych; u nas zaś ilość ta we wschodnich rolniczych województwach Polski może być mniejsza i wynosi tylko 2 na tysiąc; stąd łatwo przyjdzie-

my do wniosku, że Wileńszczyzna, przy pół miljonie mieszkańców, posiada co najmniej 1000 psychicznie chorych. Przypuszczając w dalszym ciągu również optymistycznie, że tylko połowa tych chorych bezwzględnie wymaga umieszczenia w szpitalu, otrzymamy tylko dla Wileńszczyzny 500 kandydatów.

Rzecz prosta, że musimy przyjąć pod uwagę także ościenne województwa, które zakładów nie mają, a chorych skierowują do Wilna, stąd łatwo się przekonamy, że Szpital na 1000 łóżek rychło zostanie przepełniony.

Dla porównania wspomnę, że przed wojną przypadało jedno łóżko psychjatryczne w Szwajcarji na 338 mieszkańców, w Anglji na 260, w Niemczech na 450, w poznańskiem na 667, na Pomorzu na 593, w Galicji na 3000, w Kongresówce na 4000. W Szwajcarji zaś wszyscy psychicznie chorzy mogą znaleść miejsce w Szpitalu, u nas nikt.

Potoki memorjałów do władzy oraz artykułów w prasie dotyczących sprawy budowy szpitala psychjatrycznego na terenie Wileńszczyzny miały jednak, jakkolwiek niezbyt znaczny, lecz widoczny skutek, bo oto władze wojewódzkie zakupiły posesję z trzema budynkami na Antokolu przy ulicy Letniej nr. 5 dla Wydziału Opieki Społecznej, w przyszłości zaś przekazały ten zakupiony plac z budynkami dla Państwowego Szpitala Psychjatrycznego w Wilnie na 120 łóżek.

Od roku 1924-go powstaje spór i trwa do roku 1927-go pomiędzy Wydziałem Opieki Społecznej, a Wydziałem Zdrowia Województwa Wileńskiego w sprawie dotyczącej kwestji przyszłych gospodarzy nabytej przez Województwo wyżej pomienionej posesji.

Opieka Społeczna bowiem, nie mając odpowiednich lokali, przeznaczonych na schronisko dla biednej dziatwy, usadowiła się w roku 1924-ym w budynkach, wyznaczonych dla szpitala psychjatrycznego; dopiero w październiku 1926-go roku, po wielkich ceregielach schronisko przeniesione zostało do gmachu byłej fabryki tytoniowej „Lechja" przy ul. Jakóba Jasińskiego nr. 14, i dopiero po definitywnem oczyszczeniu budynków przy ul. Letniej i niefortunnych remontach tychże, powstał nareszcie i rozpoczął działalność łącznie z kliniką psychjatryczną U. S. B. Szpital Państwowy — w końcu stycznia 1927 roku.

Zaznaczyć należy, że klinika psychjatryczna U. S. B., która nie miała dotąd własnego lokalu, korzystała przedtem z gościnności Szpitala Wojskowego na Antokolu.

W czasie trwania sporu o posiadanie posesji przy ul. Letniej nieszczęśliwa dola psychicznie chorych na terenach Wileńszczyzny pozostała bez zmian.

W roku sprawozdawczym 1926-ym korzystało z opieki i kuracji psychjatrycznej Szpitala Św. Jakóba razem 415 osób (więcej niż czterokrotna liczba w stosunku do pojemności zakładu): mężczyzn 253, kobiet 162, z czego pozostałych z roku poprzedniego było 86, w tem 42 kobiety. Z ogólnej liczby 329 chorych przyjętych do Szpitala w roku sprawozdawczym przybyło po raz pierwszy 245 chorych, po raz drugi 59, — trzeci 16, — czwarty 6 i piąty — 3. Z miasta Wilna — 186 chorych, z powiatów województwa Wileńskiego 98, oraz z innych województw łącznie z obcokrajowcami 45 osób.

Wypisano i urlopowano razem 238 osób, przeniesiono do innych szpitali (psychjatrycznych i zakaźnych) 64 osoby, zmarło 23 osoby, co stanowi 5½ o/o ogólnej liczby leczonych w ciągu roku psychicznie chorych.

Koszta utrzymania jednego psychicznie chorego w roku sprawozdawczym wynosiły od dnia 1 go stycznia do dnia 1-go czerwca 500,000 marek polskich, czyli 59 groszy dziennie, od dnia 1-go czerwca do dnia 1-go grudnia 80 groszy dziennie.

Skazanych przez sądy i podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, było w roku sprawozdawczym 48 osób, w tej liczbie 9 kobiet.

Zaznaczyć wypada, iż w latach ostatnich miały miejsce następujące fakty:

Instytucje sądowe w Wilnie, po rozpoznaniu spraw przestępców kryminalnych i po stwierdzeniu faktu, że przestępca jest niepoczytalny, w myśl art. 39 K. K. decydowały, że dany osobnik, jako zagrażający bezpieczeństwu publicznemu, winien być internowany na stałe w zakładzie zamkniętym dla umysłowo chorych i przysyłały go na bezpłatne utrzymanie do szpitala miejskiego.

Chorych tego rodzaju mieliśmy w roku sprawozdawczym 11 osób.

Gminy oczywiście, z których pochodzili ci chorzy, nie chciały ani słyszeć o zwrocie kosztów utrzymania.

Gdy na wsi zdarzy się wypadek choroby umysłowej, sprawę się załatwia przeważnie w ten sposób, że w dzień targowy psychicznie chorego, niebezpiecznego dla siebie i otoczenia, przewożą do miasta i puszczają na łaskę losu. Policja oczywiście w prędkim czasie go zatrzymuje i jako nieposiadającego żadnych dowodów osobistych, nieznanego z nazwiska, miejsca zamieszkania i groźnego dla otoczenia, odstawia do szpitala miejskiego, niekiedy na stałe utrzymanie.

Magistrat Wileński niejednokrotnie zwracał się do Rządu, prosząc o uporządkowanie stosunków w tej dziedzinie; napisane były dziesiątki memorjałów, lecz jak dotąd bez skutku, i Magistrat w dalszym ciągu zmuszony jest kosztem miasta utrzymywać chorych nie mających nic wspólnego z wileńską gminą.

W roku sprawozdawczym miały miejsce co tydzień konferencje i konsultacje profesorów psychjatrji i neurologji Uniwersytetu Wileńskiego z ordynatorami oddziału psychjatrycznego, na których to naradach odbywały się szczegółowe badania chorych, przedstawiających najciekawsze przypadki. Chorych tych wyzyskały kliniki dla celów pedagogicznych i naukowych.

Odrzucając wygodny dla stojących zdala od nauki ordynatorów aforyzm, że zadaniem szpitala jest leczenie chorych, naukę zaś niech uprawiają kliniki, tudzież mając na względzie obowiązek stałego czuwania nad postępem pracy psychjatrycznej szpitalnej w dziedzinie naszej, udałem się w roku sprawozdawczym w dziesięcio-tygodniową podróż zagranicę w celach naukowych.

W okresie mego pobytu zagranicą udało mi się zwiedzić kilkanaście warsztatów pracy psychjatrycznej we Francji, Szwajcarji, Włoszech, Austrji i Czechosłowacji, oraz szesnaście nowoczesnych psychjatrycznych zakładów zagranicy.

O wrażeniach psychjatrycznych tej wycieczki naukowej poświęciłam pracę specjalną.

Przystępując do podania statystyki ruchu chorych zaznaczam, iż w roku 1925-ym leczono w szpitalu 298 osób (mężczyzn 181 i kobiet 117), z czego pozostałych z roku poprzedniego było 90 osób (59 mężczyzn i 31 kobiet), oraz nowych przyjęto 208 osób (122 mężczyzn i 86 kobiet). Wypisanych było 153 chorych; do innych szpitali przeniesiono 38; zmarło 10 osób, co stanowi 3,3% w stosunku do ogólnej liczby leczonych w ciągu roku.

Przybyło do szpitala w roku sprawozdawczym 181 chorych po raz pierwszy.

Odmówiono przyjęcia do Szpitala 64 chorym.

Z Wilna pochodziło 124 chorych, z województwa Wileńskiego (gmin i powiatów) 65 chorych, z innych województw i obcokrajowców łącznie było 19 chorych.

Podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej razem z zasądzonymi, w myśl art. 39 K. K., było w roku sprawozdawczym 41 osoba, w tej liczbie 13 kobiet.

Dzienne koszta utrzymania jednego chorego wynosiły 90 gr, oraz koszta medykamentów 50 gr.

Za kurację chorych w szpitalu ustalono było przez Magistrat 2 zł dziennie od miejscowych i 2½ zł od zamiejscowych.

Zaznaczyć wypada, że zaledwie 30% ogólnej liczby chorych, leczonych w szpitalu, byli płatni.

Przedewszystkiem rzuca się w oczy mniejsza, w porównaniu z latami ubiegłemi, liczba przyjętych chorych, był to bowiem rok pierwszy, w którym zaczęto odmawiać przyjmowania obłąkanych, zwłaszcza z prowincji pochodzących, z powodu przepełnienia oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w Wilnie.

Łatwo sobie wyobrazić, co się działo w rodzinach, mających u siebie psychicznie chorych w domu, co ze względu na brak opieki przedstawia się rozpaczliwie.

W roku sprawozdawczym 1926-tym leczono 281 chorych (158 mężczyzn i 123 kobiety), z których 97 chorych (59 mężczyzn i 38 kobiet) pozostało z roku poprzedniego, zaś nowych przyjęto 184 osoby (99 mężczyzn i 85 kobiet).

Wypisanych jako zdrowych i z poprawą 41 osoba, a bez poprawy 105 osób — razem 146 osób, mężczyzn 85 i kobiet 61. Przeniesiono do innych szpitali 22 osoby, w tej liczbie 18 kobiet.

Zmarło 15 chorych, co stanowi 5,3%. Pozostało na rok następny 98 chorych (58 mężczyzn i 40 kobiet).
Przeciętna dzienna liczba chorych wynosiła 102 osoby.
Po raz pierwszy przyjęto 147 chorych, mężczyzn 81 i kobiet 66.

Z liczby chorych leczone w ciągu roku było w szpitalu 157 osób, pochodzących z miasta Wilna, 86 — z powiatów i gmin Województwa Wileńskiego, oraz z innych województw 37 osób.

Prócz tego pozostawał w szpitalu zaledwie jeden chory obcokrajowiec, jeniec rosyjski, głuptak, nieznany z nazwiska i stałego miejsca pobytu.

Podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, było w roku sprawozdawczym 14-tu, w tej liczbie jedna kobieta.

Zasądzonych z art. 39 K. K. wyeliminowano do szpitali na Pomorze, po natarczywych zabiegach u władz prokuratorskich.

W roku sprawozdawczym nie zostało przyjętych do szpitala 42 psychicznie chorych, pochodzących z prowincji, z braku miejsca na oddziale psychjatrycznym.

Dzienne koszta utrzymania jednego chorego łącznie z leczeniem (żywienie i lekarstwa) wynoszą 93 gr + 45 = 1 zł 38 gr.

Przed wyszczególnieniem liczb statystycznych ruchu chorych w szpitalu w roku 1927, muszę zaznaczyć, iż to był rok powstania i uruchomienia nowego szpitala psychjatrycznego w Wilnie na Antokolu, przy ulicy Letniej nr. 5, na 120 łóżek etatowych.

Jak wyżej zaznaczyłem, w czasokresie od roku 1924-go do r. 1927-go trwał nie tylko przewlekły remont budynków wyznaczonych na szpital psychjatryczny przy ulicy Letniej, lecz także spór w sprawie posiadania tegoż ostatniego przez Wydział Zdrowia Województwa Wileńskiego; Opieka Społeczna bowiem usiłowała w budynkach tych zatrzymać usadowione tam od roku 1925-go schronisko dla dzieci im. Zubowicza.

W międzyczasie miał miejsce inny spór. Ponieważ Klinika Psychjatryczna U. S. B., jak również wyżej to zaznaczyłem, nie miała własnego lokalu, wysunięta została przez Oddział Wileński T-wa Psychjatrów Polskich koncepcja zajęcia części budynków szpitala psychjatrycznego przy ulicy Letniej nr. 5 na klinikę psychjatryczną.

Pierwszy dyrektor tej kliniki i profesor psychjatrji na Uniwersytecie Wileńskim Dr. Antoni Mikulski poruszył omawianą sprawę w prasie lokalnej, gdzie wyłuszczył swoje zapatrywania na przyszłą rolę powstającego w Wilnie nowego szpitala psychjatrycznego na 120 łóżek przy ul. Letniej.

Prof. A. Mikulski zaznaczył, że szpital ten z natury rzeczy wobec szczupłości miejsca musi grać rolę przedewszystkiem leczniczą, przyjmując w pierwszym rzędzie chorych uleczalnych, którym zdrowie może być uratowane, że należy go wyposażyć we wszystkie nowoczesne urządzenia naukowe i lecznicze, do czego się przyczyni zdecydowane w zasadzie oddanie kierownictwa

naukowo-lekarskiego Klinice Psychjatrycznej U. S. B., posiadającej odpowiednie ku temu środki i personel. Lecz należy, pisał prof. Mikulski, przeciwstawić się równoczesnemu zwinięciu oddziału psychjatrycznego przy Szpitalu Św. Jakóba, który po dokonaniu pewnych przeróbek, będzie mógł jeszcze czas jakiś odgrywać rolę pożyteczną w stosunku do chorych nieuleczalnych i zagrażających bezpieczeństwu publicznemu.

Jako kierownik oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba miałem inne nieco zapatrywania, wiedziałem bowiem, że szpital psychjatryczny na 100 łóżek przenigdy nie zaspokoi minimalnych potrzeb opieki psychicznie chorych, których liczba na Wileńszczyźnie z każdym rokiem stale wzrastała.

Przedewszystkiem uważałem łączenie szpitali z klinikami za niewłaściwe, a to dla tego, że szpital z natury swego przeznaczenia dąży do jaknajszybszego wypisania chorego, podczas gdy kliniki jako instytucje naukowe, mające warsztaty pracy twórczej, winne niekiedy dłużej przetrzymywać chorych badanych przez asystentów i studentów. Kliniki z natury rzeczy leczą chroników, dla których w normalnych szpitalach miejsca niema. Zagranicą szpitale i kliniki naukowe nie są łączone, natomiast u nas rzecz się ma inaczej, bo widzimy w szpitalach sale kliniczne. Byłem zdania, by nie zapatrywać się zbyt optymistycznie na poprawienie sprawy opieki psychjatrycznej szpitalnej w związku z otwarciem nowego szpitala na Antokolu.

Wiedziałem dobrze z własnego doświadczenia, że szpital przy ul. Letniej po kilku tygodniach swych czynności zapełni się chorymi, a po 2 — 3 miesiącach zamknie przyjęcie napływających stale z prowincji niebezpiecznych dla siebie i otoczenia nowych psychicznie chorych.

Uważałem natomiast za bardziej wskazane przyspieszyć rozpoczęcie budowy Okręgowego Szpitala na 800 łóżek w Kojranach, pod Wilnem, gdzie przeznaczono miejsce budowy tego szpitala, o czem zabierano głos w prasie lokalnej i na zebraniach poświęconych tej palącej kwestji u pana Wojewody Wileńskiego.

Istnienie bowiem takiego Szpitala łącznie z instytucjami opieki psychjatrycznej pozaszpitalnej mogło rozwiązać tak ważną kwestję.

Omawiając już kilkakrotnie potrzebę utworzenia opieki pozaszpitalnej, opartej o centralny zakład psychjatryczny województwa, zaznaczyć muszę, że jeszcze przed wojną zagranicą rozwijać się

zaczęła opieka nad psychicznie chorymi, przebywającymi poza murami zakładu.

Wychodząc z założenia, że częstokroć zakład jest zgoła niepotrzebny i nawet zaszkodzić może psychicznie choremu, odnośne gminy i zakłady starać się zaczęły o poruczenie psychicznie chorych spokojnych rodzicom lub osobom obcym, skąd powstał tak zwany patronage familiale.

Ten typ opieki nad psychicznie chorymi powstał samorzutnie w kilku miejscach i był wywołany potrzebą umieszczenia chorych, oczekujących cudownego uleczenia, jak to miało miejsce w Gheel (Gil), w Belgji, jeszcze przed przeszło tysiącem lat. Tam w ciągu 12 wieków powstała kolonja, której mieszkańcy całkowicie przystosowali się do pracy nad pielęgnowaniem psychicznie chorych. Myśl ta znajdowała i znajduje zwolenników, którzy dążą do częściowego zastąpienia drogiej opieki zakładowej przez znacznie tańszą opiekę rodzinną, która ma jeszcze i inny dodatni wpływ, bo nie odrywa chorych od środowiska ludzi normalnych i pozwala na stworzenie warunków analogicznych do tych, w jakich pacjent wyrósł.

System ten ma tem więcej zwolenników, gdyż zapobiega przepełnieniu zakładów psychjatrycznych, czyli inaczej mówiąc, chroni od konieczności budowania coraz to nowych zakładów.

Na ziemiach Polski nie mieliśmy i nie mamy takiego patronażu.

Katastrofalny brak miejsc w naszych zakładach psychjatrycznych, stan finansowy kraju, nie rokujący znacznych możliwości budowlanych oraz ogrom zapotrzebowania na łóżka psychjatryczne zmuszają nas do wyzyskania możliwości, które pozwalałyby złagodzić sytuację.

Należy jednak podkreślić, że wprowadzenie i rozwój opieki rodzinnej nad psychicznie chorymi nie może zastąpić całkowicie szpitala.

* *
*

Od dnia 1-go stycznia 1927 roku oficjalnie rozpoczął swoją działalność Szpital Psychjatryczny Państwowy w Wilnie na 120 łóżek etatowych. Kierownikiem Szpitala został mianowany p. Dr. Piotr Tukałło. Ponieważ szpital ten był przeznaczony narazie dla umysłowo chorych, pochodzących z gmin i powiatów Województwa Wileńskiego (a takich chorych w szpitalach miejskich Św. Jakóba i Żydowskim było dużo i jak zaznaczyłem, liczba ich

stanowiła 55 — 60% ogólnej liczby chorych leczonych w szpitalach miejskich), przeto od końca stycznia 1927 roku zaczęto przeprowadzać ze Szpitala Św. Jakóba psychicznie chorych zamiejscowych.

W połowie lutego przeprowadzono ze Szpitala Św. Jakóba do Szpitala Państwowego Psychjatrycznego niespełna połowę psychicznie chorych zamiejscowych w liczbie 31 osoby (13 mężczyzn i 18 kobiet), a to z obawy przed mającym powstać przepełnieniem szpitala na ul. Letniej, dokąd już napływała nowa fala chorych z prowincji.

W tym trzecim okresie dziesięcioletniej działalności oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba, w Wilnie były czynne 4 szpitale psychjatryczne.

1) Szpital Państwowy na Antokolu na 120 łóżek,
2) Oddział Psychjatryczny przy Szpitalu Św. Jakóba na 100 łóżek,
3) oddział psychjatryczny przy Szpitalu Miejskim Żydowskim na 55 łóżek,
i 4) oddział psychjatryczny przy Szpitalu Wojskowym na Antokolu na 25 łóżek,

z czego wynika, że Wilno w tym okresie miało 300 łóżek psychjatrycznych.

Nie zważając jednak na powyższe, oddział psychjatryczny przy Szpitalu Św. Jakóba nigdy nie mógł posiadać wolnych miejsc, gdyż nowa fala chorych zarówno z prowincji, jak z miasta wypełnia stale oddział szpitala.

Ze statystyki sprawozdawczej 1927 roku wynika, że wogóle leczono w tym roku na oddziale psychjatrycznym przy Szpitalu Św. Jakóba 271 chorych (153 mężczyzn i 118 kobiet), z czego 98 osób, w tem 40 kobiet, pozostałych z roku ubiegłego.

Nowoprzyjętych w ciągu roku było 173 chorych, 95 mężczyzn i 78 kobiet; wypisano zupełnie w stanie remisji niedoszłej 120 chorych, 76 mężczyzn i 44 kobiety; przeniesiono do Szpitala Państwowego i Żydowskiego w Wilnie 59 chorych, 21 mężczyzn i 38 kobiet, żmarło 11 (4%); pozostało na rok następny 81 chorych, 49 mężczyzn i 32 kobiety.

Z ogólnej liczby chorych, nowoprzyjętych do szpitala, przybyło po raz pierwszy 162-ch, 88 mężczyzn i 74 kobiety; po raz drugi 8-miu chorych, 5 mężczyzn i 3 kobiety, i wreszcie po raz trzeci 3-ch chorych, 2-ch mężczyzn i jedna kobieta.

Wśród nowoprzybyłych pochodziło z miasta Wilna 117 chorych: 70 mężczyzn i 47 kobiet; z powiatów i gmin województwa wileńskiego 43 chorych, 19 mężczyzn i 24 kobiety, oraz z innych województw 13 chorych, 6 mężczyzn i 7 kobiet.

Przeglądając ostatnie liczby sprawozdawcze widzimy, że Szpital psychjatryczny na Antokolu okazał się według trafnej przepowiedni, za szczupły dla potrzeb gmin i powiatów województwa wileńskiego, gdyż wbrew swemu przeznaczeniu nie mógł przyjąć przypadków psychoz ostrych, pochodzących z prowincji; przypadki te trafiły do Szpitala Św. Jakóba.

Psychicznie chorych żydów w roku sprawozdawczym było razem 24% w stosunku do liczby nowoprzyjętych chorych w ciągu roku.

Podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, było w roku sprawozdawczym 12 osób, w tej liczbie jedna kobieta.

Koszta wyżywienia jednego psychicznie chorego wynosiły w roku sprawozdawczym jeden złoty, koszta zaś medykamentów 55 groszy dziennie.

Przeciętna dzienna liczba chorych w szpitalu stanowiła od 96 do 100 osób. Na bielenie sufitów, niektórych ścian oraz na remont pieców wydano w roku sprawozdawczym około 2000 złotych.

W połowie roku sprawozdawczego została wybrana nowa Rada Miejska, a z nią i nowy Magistrat z nowym szefem Sekcji Zdrowia - lekarzem.

Nowy Magistrat postanowił za wszelką cenę zupełnie zlikwidować oddział psychjatryczny przy Szpitalu Św. Jakóba, a przez to zrealizować myśl podaną przezemnie jeszcze w maju 1922-go roku na III. Zjeździe Psychjatrów Polskich w Wilnie.

Oczywiście Magistrat obradując nad zrealizowaniem tego planu absolutnie się nie liczył z opinją Rady Miejskiej i oddziału T-wa Psychjatrycznego w Wilnie.

Zaznaczyć wypada, iż ostatnie było wszak współautorem nowej znanej uchwały VIII. Zjazdu Psychjatrów Polskich, która to uchwała uważała za niedopuszczalne, aby władze rządowe i samorządowe bez udziału rzeczoznawców budowały i likwidowały oddziały psychjatryczne, których w Polsce odczuwa się brak wielki wobec pozostających poza zakładami psychjatrycznymi 80,000 psychicznie chorych.

W końcu roku 1927-go w związku z potrzebą budowy dużego szpitala dla psychicznie chorych pod Wilnem, zaczęły się

ukazywać w prasie codziennej lokalnej artykuły, z których widać było, że p. Wojewoda Wileński przesłał do Magistratu projekt budowy okręgowego szpitala psychjatrycznego.

Szpital ten, o 820 łóżkach, ma obsługiwać 3 województwa: Białostockie, Nowogrodzkie, oraz Wileńskie i zbudowany będzie w Wilnie z oddziałem w Kojranach pod Nową-Wilejką.

Koszta budowy i urządzenia tego Szpitala obliczono na 4.900.000 złotych. Subwencja rządowa prawdopodobnie wyniesie 50 procent kosztów.

Drugą połowę t. j. 2.450,000 zł. będą musiały opłacić samorządy wymienionych województw, po 753 złote od tysiąca mieszkańców.

Największa suma wypadnie na Województwo Białogrodzkie, gdyż posiada ono 1.302 000 mieszkańców, potem Wileńskie z 1.141.000 mieszkańców, oraz Nowogrodzkie z 824.000 mieszkańców.

Proponując przyjęcie tego planu budowy szpitala psychjatrycznego, rząd wypłaci swą część w ciągu 3-ch lat po 815.000 złotych rocznie, samorządy zaś w ciągu 6 lat po 408.000 rocznie.

Wobec tego w ciągu pierwszego roku z otrzymanej sumy, w ilości 1.223.000 zł. zostanie zbudowany i urządzony pawilon o 150 łóżkach w Wilnie. Koszta budowy tego pawilonu wynoszą 1.050.000 złotych.

Za pozostałe 173.000 zł. ma być urządzona 4-ro kilometrowa szosa, która połączy Kojrany z Nową-Wilejką, oraz opłacony zostanie remont budynków folwarcznych w Kojranach i prace przygotowawcze, jak plany etc.

W ciągu drugiego roku za 1.218,000 zł. będą zbudowane domy administracyjno-gospodarcze, ewentualnie zakupiony zostanie materjał na pawilon.

W roku trzecim za 408.000 zł. zbudowane zostaną pawilony i zakupiony będzie materjał dla dalszej budowy.

Z otrzymanej sumy w roku czwartym będzie zbudowany nowy pawilon na 150 łóżek.

W roku piątym znowuż za sumę 408 tysięcy zł. zbudowany zostanie pawilon na 150 łóżek, oraz zakupiony będzie materjał dla dalszych prac.

W roku szóstym zbudowany zostanie pawilon na 100 łóżek oraz nastąpi zakończenie budowy wogóle.

W miarę budowy pawilonów, województwa będą miały do rozporządzenia w stosunku do ilości mieszkańców odpowiednią ilość łóżek dla chorych.

Utrzymanie tego szpitala spadnie na samorządy wymienionych województw, rząd jednak zarezerwuje sobie pewną ilość łóżek dla chorych bezdomnych i tych, których przynależność gminna nie da się ustalić. Utrzymanie tych chorych rząd zapewni z własnych funduszów.

Niezależnie od tego w polskiem piśmiennictwie psychjatrycznem ogłoszona została w tym czasie bardzo ciekawa praca Rafała Radziwiłłowicza pod tytułem „Projekt budowy szpitala psychjatrycznego pod Wilnem".

Trudniejsza sprawa jest z życiem, łatwiejsza jest z projektami.

Projekty budowania zakładu nie mogą dotychczas ruszyć z miejsca, na przeszkodzie bowiem stoi brak ustawy, któraby określiła, kto ma zająć się tą sprawą.

Przeglądając poszczególne sprawozdania wielu szpitali psychjatrycznych w Polsce, oraz prace poświęcone sprawie opieki nad psychicznie chorymi w naszym Kraju, widzimy, że zakłady nasze przeszły już maksymalne granice przepełnienia, rezerwy pomorskie i wielkopolskie wyczerpują się, chorych niema gdzie podziewać; sądy domagają się miejsc dla podsądnych, którzy miesiącami całemi przetrzymywani są w więzieniach w oczekiwaniu na obserwację psychjatryczną lub po decyzji o internowanie w zakładzie leczniczym; konsulaty zagraniczne skarżą się na przeciąganie spraw repatrjacji psychicznie chorych obywateli polskich.

Wiadomość o opłakanym stanie naszej opieki nad psychicznie chorymi przedostała się do pism niemieckich, które piszą zjadliwe artykuły o naszej gospodarce, nazywając ją „Polens grenzenlose Misswirtschaft".

Przed podaniem sprawozdania z działalności oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba za rok 1928-my nadmienić muszę, iż w roku tym, zamykającym IV okres dziesięcioletniej pracy wymienionego oddziału szpitalnego, zaznacza się wyraźnie celowa likwidacja zakładu psychjatrycznego przez Magistrat.

A więc w pierwszych dniach stycznia r. 1928-go Sekcja Zdrowia Magistratu poleciła zarządowi Szpitala Św. Jakóba sporządzić wykazy psychicznie chorych tudzież streszczenie historyj ich chorób, zamierzano bowiem przenieść wszystkich psychicznie chorych

znajdujących się w szpitalu do Zakładu Psychjatrycznego w Świeciu, poczem oddział ten psychjatryczny przy Szpitalu Św. Jakóba ostatecznie zlikwidować.

W związku z powyższą akcją Sekcji Zdrowia Magistratu m. Wilna zaczęły się ukazywać w prasie lokalnej codziennej artykuły pióra zaszczytnie znanego i zasłużonego wilnianina, publicysty i literata Czesława Jankowskiego, który, opisując wielorakie sceny zaczepiania przechodniów przez psychicznie chorych, błąkających się na ulicach Wilna, nazwał w jednym ze swych feljetonów Wilno „cudownem miastem warjatów".

Ze względu na brak odpowiednich kredytów do leczenia i opieki psychicznie chorych w Świeciu, pierwotny projekt wywiezienia psychicznie chorych ze Szpitala Św. Jakóba do Świecia został narazie przez Magistrat zaniechany.

Niezależnie od zaniechania ostatniego projektu Sekcja Zdrowia Magistratu zredukowała liczbę łóżek etatowych na oddziale psychjatrycznym Szpitala Św. Jakóba do 75 (45 dla mężczyzn i 30 dla kobiet), przyczem zostały rozpoczęte w budynku szpitalnym przeróbki i inwestycje, które miały na celu urządzenie apteki szpitalnej, oraz oddziału chorób wewnętrznych dla kobiet, co wreszcie przez Magistrat zostało w ciągu roku zrealizowane.

A więc w roku 1928-ym w budynku przeznaczonym dla psychicznie chorych na 100 łóżek mieściły się:

1) oddział chorób wewnętrznych dla kobiet na 15 łóżek;
2) apteka szpitalna;
3) oddział dla psychicznie chorych kobiet na 30 łóżek;
4) oddział dla psychicznie chorych mężczyzn na 40 łóżek;
5) oddział dla kryminalnych, odbywających obserwację psychjatryczną z polecenia Sądu;
6) mieszkanie dla sanitarjusza oddziału chirurgicznego.

Ze statystyki roku sprawozdawczego 1928-go wynika, że wogóle leczono w tym roku na oddziale psychjatrycznym 220 chorych, 126 mężczyzn i 94 kobiety, z czego pozostałych z roku poprzedniego 81 chorych, 49 mężczyzn i 32 kobiety.

Nowo przyjętych w ciągu roku było 139 chorych, 77 mężczyzn i 62 kobiety; wypisano 107 chorych, 60 mężczyzn i 47 kobiet; przeniesiono do szpitali Państwowego na Antokolu i Żydowskiego 18 osób, 11 mężczyzn i 7 kobiet. Zmarło w ciągu roku 19, co stanowi 8,6% śmiertelności w stosunku do liczby chorych, leczonych w ciągu roku.

Pozostało w dniu 1-go stycznia 1929 r. 76 chorych, 42 mężczyźni i 34 kobiety. Zaznaczyć należy, iż w ciągu roku sprawozdawczego przyjęto do szpitala 102 chorych, pochodzących z miasta Wilna; 9 chorych z gmin i powiatów województwa wileńskiego, wreszcie z innych województw 8-miu chorych.

Podsądnych, znajdujących się na obserwacji psychjatrycznej, było w roku sprawozdawczym 9-ciu, w tej liczbie jedna kobieta.

Koszta żywienia jednego chorego wynosiły 1 zł 30 gr dziennie; koszta medykamentów — 55 groszy dziennie.

Zestawiając bilans dziesięcioletniej działalności oddziału psychjatrycznego Szpitala Św. Jakóba w czasokresie od 1-go stycznia 1919 roku do dnia 1-go stycznia 1929 roku, widzimy, że w przeciągu lat 10 korzystało z opieki i kuracji psychjatrycznej Szpitala Św. Jakóba 2519 osób, 1498 mężczyzn i 1021 kobieta, zaś na obserwacji sądowo-psychjatrycznej było razem 239-ciu więźniów, 178 mężczyzn i 61 kobieta.

Nieszczęśliwych wypadków przez cały czas sprawozdania notowano 2 (dwa), ucieczek ze szpitala w dwu wypadkach.

Autopsyj dokonano 13. Konferencyj i konsultacyj z profesorami kliniki psychjatrycznej U. S. B. przeprowadzono w 68 przypadkach bardziej zawiłych. W potrzebie serologicznego badania krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego zwracano się do ekspozytury Państwowego Zakładu Higjeny w Wilnie. W przypadkach schorzeń somatycznych radzono się odpowiednich specjalistów.

Ukarano za bicie chorych, spanie podczas dyżuru i pozostawienie chorych bez opieki personel niższy w 17 wypadkach.

Personel oddziału wynosił: do 1922-go roku jeden lekarz, następnie dwoje lekarzy, dwu felczerów i 16 osób służby niższej, mężczyzn i kobiet.

W lipcu roku bieżącego Sekcja Zdrowia Magistratu zlikwidowała przy Szpitalu Św. Jakóba oddział psychjatryczny dla kobiet. Psychicznie chore kobiety, w liczbie 15 osób, zostały przewiezione do Świecia na Pomorze, resztę zaś kobiet przeprowadzono do innych szpitali psychjatrycznych na terenie Wilna, inne zaś zupełnie wypisano na opiekę losu.

Pozostaje więc przy Szpitalu Św. Jakóba w chwili obecnej tylko oddział męski na 45 psychicznie chorych.

Jeżeli wziąć pod uwagę tę okoliczność, że przy Szpitalu Miejskim Żydowskim czynny jest dotąd oddział psychjatryczny dla



Ill. Oddział psychjatryczny Szpitala Św. Jakóba w Wilnie. Spacer chorych w ogródku.

kobiet na 55 łóżek, dojdziemy do wniosku, że miasto Wilno rozporządza ogółem 100 łóżek psychjatrycznych, utrzymywanych przez Magistrat.

W czasach ostatnich wydany został przez Sekcję Zdrowia Magistratu okólnik, w którym przestrzega się, aby do szpitali miejskich nie przyjmowano chorych chroników, dzięki którym szpitale stają się przytułkami.

Jeżeli przepis powyższy ma być ściśle przestrzegany również na oddziałach psychjatrycznych szpitali miejskich, będziemy zmuszeni psychicznie chorych chroników wyprzeć ze szpitali, przyjmować zaś li tylko przypadki ostre.

W chwili obecnej mamy w samem Wilnie i na terenie gmin i powiatów Województwa Wileńskiego przeszło tysiąc chorych, potrzebujących internowania w szpitalach zamkniętych psychjatrycznych, a w prasie codziennej — stałą rubrykę notowań nieszczęść, spowodowanych przez pozbawionych opieki psychjatrycznej naszych nieszczęśliwych chorych, co wobec niezrealizowania projektów budowy szpitala okręgowego w Kojranach staje się rozpaczliwe.

Zaznaczyć muszę z cała stanowczością, iż żadne najwyszukańsze paljatywy, w postaci fantastycznych koncepcyj utworzenia

w Wilnie ośrodków psychjatrycznych „i innych“ pokrewnych towarzystw dla udzielenia ambulatoryjnego poradnictwa rodzinom, mającym wśród siebie członka chorego psychicznie, dla udzielenia wskazówek wszelkiego rodzaju opieki domowej, nie będzie mogło złagodzić obecnego rozpaczliwego stanu opieki psychjatrycznej na kresach północno-wschodnich Rzeczpospolitej.

Sądzę, że sprawa opieki nad psychicznie chorymi w dobie obecnej jest koniecznością państwowej wagi.
Jeżeli coś jest konieczne, musi stać się możliwe.

Jeżeli znalazły się olbrzymie sumy w budżetach państw na wytwórnie śmierci, to muszą sie znaleść środki na pracownie życia.

Dix années de service de la section psychiatrique à l'hôpital St. Jacques à Vilno (1919—1929).

Par le Dr. Julien Podwiński (Vilno).

L'auteur en sa qualité de médecin en chef de la section psychiatrique à l'hôpital St. Jacques rapporte dans un compte-rendu tout ce qui concerne le service de l'hôpital pendant les 10 dernières années. L'hôpital était l'unique asile pour aliénés dans toute la région du nord-est de la Pologne. L'auteur distingue 4 périodes dans le fonctionnement de l'hôpital depuis 1919. L'asile était constamment surpeuplé. Souvent le nombre des malades était quatre fois plus grand que le nombre des lits disponibles, de sorte que l'hôpital devenait tout à la fois un asile pour les épileptiques et les idiots, une maison de surveillance et de traitement pour les narcomanes, un lieu d'observation psychiatrique médico — légale et d'hospitalisation pour les aliénés criminels.

L'auteur décrit en détail le traitement des malades. Il a adapté les mêmes méthodes de traitement qu'il a observées à l'étranger.

Kongresy.

X. Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi, Kochanówce i Warcie

w dniach 7 — 9. VI. 1930 r.

Sprawozdanie

opracował Dr. ŚWIERCZEK — Dziekanka.

I-szy dzień Zjazdu.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Zjazdu dyr. Starzyński zagaja X Zjazd Psychjatrów Polskich i wita przybyłych w imieni Komitetu Organizacyjnego. Następnie proponuje na przewodniczącego Zjazdu prof. Mazurkiewicza, co zebranie przyjmuje przez aklamację. Prof. Mazurkiewicz, obejmując przewodniczenie, dziękuje za wybór i uprasza do prezydjum prof. Piltza, prof. Borowieckiego, doc. Falkowskiego, dyr. Stryjeńskiego i dyr. Bielawskiego, a do sekretarjatu dr. Mikulskiego, dr. Markiewicza, dr. Kopicza, dr. Dębskiego i dr. Słomczyńskiego.

W imieniu Min. Spraw Wewnętrznych wita Zjazd dyr. Łuniewski, dalej następują przemówienia powitalne wojewody łódzkiego Jaszczołta, przedstawiciela miasta dr. Margolisa, przedstawiciela D. O. K. Łódź pułk. dr. Marksa, delegata Izby Lekarskiej dr. Frenkiela, delegata Tow. Trzeźwości, dr. Stypułkowskiego i prezesa Komitetu Szpitala Kochanówka Horodyńskiego. Następnie prof. Markuszewicz wygłasza przemówienie poświęcone pamięci prof. Radziwiłłowicza, poczem zaczęły się obrady. Temat zasadniczy: alkoholizm.

1) prof. Borowiecki (Poznań):

ALKOHOL I DZIEDZICZENIE.

W etjologji alkoholizmu odgrywa dużą rolę dziedziczenie. Dowodzi tego znaczne obarczenie dziedziczne alkoholików alkoholizmem i psychopatją. Jednak alkoholizm nie przedstawia się z punktu widzenia dziedziczenia jednolicie. Badania Bossa stwierdziły częste powikłania alkoholizmu oligofrenją, psychypatją, schizoidem i schizofrenją. Jeżeli chodzi o uszkodzenie plazmy zarodkowej, to ostatnie prace (Rüdin, Bratz. Pause, Pohlisch) nie dowiodły w sposób pewny istnienia tego

uszkodzenia. Ponieważ badania mające na celu rozgraniczenie czynników endo— i egzogenicznych u człowieka, napotykają na znaczne trudności, musiano przejść do doświadczeń na zwierzętach. Praca Agnieszki Bluhm jest pierwszym dowodem istnienia blastoftorji idiokinetycznej i wskazuje (przez obserwację różnych skrzyżowań potomstwa alkoholizowanych samców przez szereg pokoleń) na ujemną mutację plemników u samców i na odczyn obronny przeciw tejże u samic.

2) doc. Zieliński (Kraków)

KONSTYTUCJA I ALKOHOLIZM.

Zagadnienie „konstytucja i alkoholizm" — to zestawienie sposobu reagowania na alkohol ludzi konstytucyjnie i nerwowo zdrowych i psychopatycznie lub psychotycznie chorych.

Obok egzogenicznych reakcji jak delirium tremens i napady epileptyczne rozróżnia się obrazy psychotyczne zgodne z podłożem psychopatycznem. Niema żadnej podstawy mówić o konstytucji alkoholicznej. Według referenta za mało uwzględnia się czynniki konstelacyjne (wpływ środowiska), a przecenia znaczenie dziedziczności i konstytucji. Alkoholizm, to reakcja układu wegetatywnego, to narkomanja, dająca w okresie odzwyczajania objawy abstynenckie nerwowe i psychiczne.

3) doc. Wichert i dr. Dreszer (Warszawa)

HISTOPATOLOGJA UKŁADU NERWOWEGO OŚRODKOWEGO W ALKOHOLIŹMIE.

Na podstawie zmian histopatologicznych znalezionych we własnych 12 przypadkach (zmiany opon, naczyń, komórek nerwowych, otoczek myelinowych i gleju) referenci przychodzą do następujących wniosków:

a) brak jest danych, że proces chorobowy ma charakter układowy;
b) w olbrzymiej większości własnych przypadków niema zmian zapalnych. Wszystkie znalezione zmiany noszą charakter toksyczno- degeneracyjny i nie można ich odróżnić od innych zmian toksycznych;
c) istnieje stłuszczenie nie tylko naczyń, ale i wszelkich elementów komórkowych;
d) istniejące we wszystkich 12 przypadkach luki w przednim biegunie mózgu (przewaga górnej części III war-

stwy) świadczą o nieodwracalności procesu i o jego charakterze organicznym. Tylko w 2 przypadkach postawiono rozpoznanie kliniczne otępienia intelektualnego, a więc nie da się utrzymać stanowisko tych, którzy uważają, że tylko otępienie alkoholowe jest sprawą organiczną.

4) prof. Modrakowski (Warszawa)

FARMAKOLOGICZNE I TOKSYKOLOGICZNE DZIAŁANIE ALKOHOLU.

Alkohol powstaje także endogennie w organiźmie, albowiem krew ludzka nawet po poście zawiera 0,0006 - 0,0051 prc. alkoholu. Poniżej 0,1 proc. brak poważnych objawów, 0,15 prc. daje działanie umiarkowane, 0,22 prc. silne, 0,5 - 0,6 prc. śmierć. Alkohol spala się w 96 - 98 prc. na CO_2 i H_2O, reszta wydziela się w stanie niezmienionym przez nerki, a także i płuca.

Ponieważ alkohol łatwo rozpuszcza się w lipoidach, wchłania się bardzo szybko, do 20 prc. już w żołądku i gromadzi się głównie w komórkach bogatych w lipoidy (ośrcdkowy układ nerwowy) i wyługowuje ciała tłuszczowate z komórek. Wskutek tego powstaje lipaemia i stłuszczenie, a następnie zmiany degeneracyjne komórek nerwowych i miąższowych.

W dawkach odpowiednich pobudza alkohol sferę psychomotoryczną, ośrodek oddechowy, naczynioruchowy i t. p. a równocześnie obniża czynność (narkotyzuje) najwyższej sfery (intelektualnej). Alkohol nie jest pokarmem, lecz ogólnym jadem plazmatycznym.

5) dr. Sterling (Łódź)

ALKOHOLIZM Z PUNKTU WIDZENIA PATOLOGJI OGOLNEJ.

Główną rolę w chorobowem działaniu alkoholu odgrywa wyługowywanie przez alkohol lipoidów z komórek, wskutek czego powstała we krwi hyperlipaemia wywołuje odkładanie się tłuszczu w wielu tkankach. To wypłókiwanie lipoidów (cholesteryny) zmienia budowę i czynność komórki w kierunku dezorganizacji.

W ten wyżej wspomniany sposób, powstają zmiany chorobowe różnych tkanek. Dalsze badania biologiczne alkoholizmu powinny mieć na celu poznanie dokładne zmian lipoidów oraz zmian fizykalnych.

6) prof. Piltz (Kraków)

ALKOHOL W PATOLOGJI CHORÓB PSYCHICZNYCH.

7) Doc. Rose.

ZMIANY ARCHITEKTONICZNE MÓZGU W ALKOHOLIŹMIE.

Architektonika kory mózgowej w przebiegu schorzeń alkoholowych nie była dotychczas przedmiotem specjalnych badań naukowych.

Badania referenta dotyczą 6 królików i 5 ludzi.

Królikom podawano codziennie sondą 20 cm^3 36 prc. alkoholu. W kilka minut po spożyciu alkoholu występowała niezborność kończyn przy chodzie, a następnie pc dłuższym lub krótszym czasie zapadały zwierzęta przeważnie w sen. Niezborność ta na drugi dzień zawsze znikała.

U wszystkich dłużej żyjących królików, a szczególnie u 14 i 15, które żyły najdłużej, wystąpiła po szeregu karmień alkoholem wybitna apatja, zwierzęta siedziały przeważnie bez ruchu w kącie i wykazywały brak łaknienia. Najważniejszym objawem było znaczne charłactwo.

U najdłużej żyjących królików 14 i 15 sekcja organów wewnętrznych wykazała zanik podściółki tłuszczowej, znaczny zanik mięśni, szkieletu, serce ze zmianami włóknistemi, płuca na brzegach atelektatyczne, opona twarda zgrubiała, opona miękka przekrwiona.

Co się tyczy zmian histopatologicznych mózgu, to dotyczą one tak komórek nerwowych, jako też gleju i naczyń. W komorkach nerwowych były zmiany wsteczne prowadzące częstokroć do zupełnej cytolizy, w obrębie gleju zaś objawy proliferacyjne. W naczyniach były zmiany proliferacyjne we wszystkich warstwach i skąpe okrągło-komórkowe skupienia w obrębie błony zewnętrznej. Stosunkowo nieznaczne zmiany naczyniowe nie tłómaczą daleko posuniętych procesów wstecznych w komórkach nerwowych i dlatego nie można zmian komórkowych uważać wyłącznie za wtórne t. j. wywołane przez schorzenie naczyń. Są tu więc do pewnego stopnia równorzędne procesy: proces degeneracyjny komórek nerwowych i proliferacyjny ścian naczyniowych. Zmiany w gleju są najprawdopodobniej natury wtórnej.

Dla oceny zmian cytoarchitektonicznych referent przedstawił kilka tych samych ośrodków architektonicznych u królika zdrowego i u królika nr. 15.

Przy porównaniu widać zwężenie kory w licznych polach u królika chorego. Bardzo duże zmiany napotyka się w polu wzrokowem. U królika nr. 15 uderza, obok wyżej wspomnianego zwężenia kory, także rozrzedzenie komórek we wszystkich warstwach, szczególnie jednak w warstwie II i III. Wyraźne jest jednak też rozrzedzenie i zwężenie warstwy V. U królika zdrowego widać w jej zewnętrznej części dość gęsto ułożone duże komórki piramidowe, u królika nr. 15 zaś komórki mniejsze. Węższa i uboższa w komórki jest też warstwa IV, a szczególnie VI.

Z pięciu zbadanych przypadków ludzkich pochodziły 4 z Warszawskiej Kliniki Psychjatrycznej. Dane z historji chorób i zmiany histopatologiczne zawarte są w pracy Wicherta i Dreszera.

Są to: przypadek St. (alcoholismus chronicus, epilepsia alcoholica, delirium tremens), przypadek Sl. (alcoholismus chronicus, stan zamroczenia), przypadek D. (alcoholismus chronicus, delirium peractum), przypadek J. (alcoh. chron., delir. peract.). Pozatem zbadano przypadek B. (alcoholismus chronicus).

Zbadane zostały tylko niektóre pola. Najbardziej charakterystyczne zmiany architektoniczne napotkano w przypadku J. W area postcentralis intermedia, leżącej na powierzchni zwoju środkowego tylnego i odpowiadającej polu 1 Brodmanna, 70.0 Vogta, PC Economo uderza rozrzedzenie w warstwie II, a szczególnie w zewnętrznej części warstwy III (III a i III b). Duże komórki piramidowe warstwy III c są dość dobrze zachowane; tak samo nie ma wybitniejszych zmian warstwy IV, V i VI.

Odmienny obraz jest w obrębie area gigantopyramidalis 4. Tu bowiem warstwa II jest nieco lepiej zachowana niż w obrębie area postcentralis intermedia. Także rozrzedzenie warstwy III a i III b jest tu mniej wyraźne. Warstwa III c, V i VI zachowują się prawie prawidłowo.

Wybitniejsze zmiany napotyka się w przypadku J. w obrębie area temporalis media (21 Brodmanna, Te 1 Economo). Tutaj uderza bardzo znaczne rozrzedzenie i wyjaśnienie w obrębie warstwy II, III a i III b, szczególnie w porównaniu z dość gęstemi pozostałemi warstwami.

Mniej wyraźne zmiany napotyka się w obrębie pola wzrokowego (area striata, 17 Brodmanna. OC Economo), i pola około — wzrokowego (area peristriata, 18 Brodmanna, OB Economo). W polach tych zachowują się dolne warstwy t. j. IV, V i VI prawie prawidłowo. Podobne, lecz nieco słabsze zmiany są w przypadkach St., Sl. i D.

Najwybitniejsze zmiany były w przypadku B., w którym znaleziono bardzo znaczne rozrzedzenie komórek we wszystkich warstwach. Obok powyższych zmian w obrębie holocortex, we wszystkich przypadkach stwierdzono mniej lub więcej wyraźne rozrzedzenie w zewnętrznej warstwie (lamina principalis externa, schizocortex)

Dyskusja.

Prof. Mazurkiewicz zwraca uwagę, w związku z odczytem doc. Rosego, że wprawdzie niebezpieczna jest „mitologja“ mózgu, ale psychjatrzy dążą do powiązania objawów psychicznych i somatycznych. W III warstwie kory stwierdza się luki w przypadkach zaburzeń umysłowych, klinicznie jednak w schizofrenji pierwotnem jest zaburzenie afektu, u alkoholików również występuje ubytek najwyższych hamulców uczuciowych nabytych. A więc III warstwa kory ma zapewne związek z naszem życiem uczuciowem.

Doc. Rose odpowiada, że niebezpieczną jest „mitologja“ mózgu, ale oparcie się na badaniach anatomo-patologicznych znajduje coraz więcej uznania w psychjatrji i badania te wykazać mogą związek między ciałem i psyche. III warstwa kory jest warstwą kojarzeniową, stanowi ona specjalny aparat kory. Być może, że w innych okolicach kory III warstwa stoi w związku z życiem afektywnem.

Dr. Bornsztajn podkreśla, że wygłoszone referaty nie wyjaśniły, dlaczego ludzie piją. Cechy się dziedziczą, ale skłonności stoją za nawiasem dziedziczności. Trzeba więc uciec się do tej dziedziny, o której na zjazdach psychjatrycznych zwykle mało się mówi. Psychoanaliza wykrywa w alkoholizmie utajony homoseksualizm. Alkoholicy piją zwykle w towarzystwie męskiem, a po libacji ustosunkowują się ujemnie do swych żon. W sprawie III warstwy, to braków w tej warstwie nie można uważać za specyficzne, gdyż znane są przypadki, w których zmian takich nie stwierdza się zupełnie, n. p. schizofrenja reak-

tywna, a nawet ostre stany katatoniczne. Z objawów anatomicznych nie można jeszcze wnioskować klinicznie bez obawy wejścia w dziedzinę „mitologji" mózgu.

Red. Szymański uważa, że nie można wyrzec się postulatu nauczania alkohologji w szkołach. W Anglji istnieje instytucja objazdowych nauczycieli — alkohologów. Alkohologję nauczać należy w szkołach wyższych, średnich, powszechnych, jak również w seminarjach nauczycielskich.

Nie zgadza się z poglądami przytoczonymi przez prof. Modrakowskiego, a zalecającymi alkohol na noc, albowiem zalecenie jest sprzeczne z pojęciami takich znawców tej sprawy jak Kraepelin, Radziwiłłowicz i Popielski. Wiemy, że w stanach wyczerpania alkohol jeszcze bardziej wyczerpuje organizm.

Dyr. Łuniewski zaznacza, że w odczytach nie wiele zwrócono uwagi na czynnik rasowy. Żydzi podlegają alkoholizmowi i psychozom alkoh. rzadziej, chociaż konstytucje kretschmerowskie stwierdza się u nich na równi z aryjczykami.

Farmakologja eksperymentuje nad pewnym zakresem organizmu i tu leży nieporozumienie w ocenianiu poglądów przytoczonych przez prof. Modrakowskiego. W każdym razie niebezpiecznym eksperymentem społecznym jest podnoszenie tego rodzaju poglądów. Wiemy, że szkoła Kraepelina wykazała, że nawet małe dawki alkoholu wywierają wpływ ujemny na funkcje intelektualne. Na noc użyty alkohol wywołuje niewątpliwie zmiany, które metodami temi mogą być wykryte. Pozatem przyzwyczajenie wywoła głód dawki tak, że nie możemy rekomendować alkoholu nawet w najniższych dawkach.

Dr. Gutentag przytacza wyniki ankiety w szkołach łódzkich. Ankieta obejmowała 55000 dzieci w wieku od 7 do 14 lat, z tej liczy 85% piło, 21% chłopców, 8,7% dziewcząt przechodziło w swem życiu stan upojenia alkoholem. W 90% wypadków rodzice sami dają dzieciom alkohol.

Dr. Deresz popiera żądanie Dr. Gawrońskiego, by psychjatrzy wyszli z zamknięcia szpitali, i nie może zgodzić się z prof. Modrakowskim, aby dopiero zawartość alkoholu we krwi powyżej 0,22% decydowała o stanie upojenia. Stany tego rodzaju stwierdza się bowiem nieraz nawet po jednym kieliszku wódki, trudno zaś przypuścić, aby ten jeden kieliszek spowodował tak gwałtowne wewnętrzne wydzielanie alkoholu. Stan upojenia zależy więc i od właściwości konstytucjonalnych

osobnika. Następnie zwraca uwagę, że należy określić pojęcie alkoholika chronicznego, aby każdy lekarz mógł się orjentować w tych sprawach.

Dr. Rose podkreśla, że wspominał o epokach w rozwoju badań i o trudnościach histopatologicznych, oraz o tem, że jesteśmy dopiero w okresie początkowym badań lokalizacyjnych, to też dr. Bornsztajn nie ma słuszności, starając się obalić znaczenie tych badań, a sprawy podniesione przez dr. Bornsztajna są ogólnie znane.

Dr. Handelsman zauważa, że w przypadkach psychoz alkoholowych odczyn Biernackiego daje zwolnioną sedymentację, nawet w przypadkach alkoholizmu, powikłanego gruźlicą płuc, i przytacza statystykę Motta, z której wynika, że zmiany alkoholowe na sekcji stwierdza się u psychicznie chorych znacznie rzadziej niż w przypadkach sekcjonowanych poza szpitalem.

Dr. Stryjeński podkreśla, że reakcja na alkohol zależy od właściwości konstytucjonalnych i że z punktu widzenia naukowego alkoholizm należy zaliczyć do narkomanji.

Dr. Handelsman podkreśla konieczność nauczania higjeny w gimnazjum jak również sprawę pogadanek dla klas młodszych z dziedziny alkoholowej i gruźlicy.

Dr. Siwiński przytacza statystykę alkoholizmu opracowaną na materjale młodocianych robotników, oraz w szkołach dla dzieci niedorozwiniętych, i podnosi znaczenie propagandy oraz środowiska dla sprawy zwalczania alkoholizmu.

Dr. Bornsztajn odpowiada doc. Rosemu i zaznacza, że wszyscy ludzie są właściwie biseksualni.

Prof. Borowiecki zaznacza, że alkoholikami są przeważnie psychopaci, często i oligofrenicy.

Doc. Zieliński zgadza się, że czynniki rasowe odgrywają w alkoholizmie dużą rolę, podkreśla znaczenie typu organizacji rodziny, oraz inne czynniki konstelacyjne.

Dr. Gawroński zaznacza, że szkoła musi być instytucją istotnie wychowawczą, jeżeli chce się osiągnąć wyniki w walce z alkoholizmem i wzywa, by lekarze — psychjatrzy wystąpili w roli psycho-higjenistów.

II. Dzień Zjazdu (w Kochanówce)

1) dyr. Piotrowski (Dziekanka)

LECZENIE ALKOHOLIKÓW

(Oryginał w Nowinach Psychjatrycznych 1930, I-II)

(w streszczeniu).

Autor stawia na głównem miejscu obok abstynencji psychoterapję, za pomocą której doświadczony lekarz, abstynent, z silną wolą, z dokładną znajomością duszy ludzkiej i kwestji alkoholowej, obeznany wszechstronnie z psychatrją, może z biegiem czasu metodycznem postępowaniem osiągnąć dobre wyniki terapeutyczne i wychować chorego do nowego życia.

Ważnym czynnikiem wychowawczym jest gimnastyka i zajęcie pożyteczną pracą, dostosowaną do osobowości psychicznej alkoholika, pracą zajmującą, sprawiającą mu przyjemność i przynoszącą zadowolenie, pobudzającą go do samodzielności, podnoszącą jego siły cielesne.

Autor odrzuca hypnozę i prolongowane kąpiele, zachęca do prób z autohemoterapją, podkreśla znaczenie fizjoterapji i jej dodatni wpływ suggestywny na duszę chorego, wyszczególnia zabiegi zastosowalne w psychozach alkoholowych, uważa zakład psychjatryczny za właściwą lecznicę dla tych psychoz, żąda leczenia alkoholików niepsychotycznych w specjalnych sanatorjach, a dla alkoholików nieuleczalnych, moralnie zwyrodniałych, internowania w domach roboczych, radzi ich ubezwłasnowolnić ze względów społecznych, a nie z przesłanek lekarskich, w końcu wskazuje na względnie pomyślne wyniki w leczeniu alkoholików niepsychopatów i na gorsze wyniki terapeutyczne u psychopatów.

---

2) dr. Deresz (Tworki)

LECZENIE POZAZAKŁADOWE ALKOHOLIKÓW.

---

3) pułk. Nelken (Warszawa)

OSTRE UPICIE SIĘ I JEGO ZNACZENIE SĄDOWO-LEKARSKIE.

Po streszczeniu danych statystycznych dotyczących alkoholizmu w Polsce, podaje referent własny materjał wojskowy

(73 sprawy karne w r. 1929 Wojsk. Sądu Okręgowego Nr. I w Warszawie). Materjał ten wykazuje często podłoże psychopatyczne lub neuropatyczne.

---

4) prof. Grzywo-Dąbrowski (Warszawa)

KRYMINOLOGJA ALKOHOLIKÓW.

Ze statystyki wynika, że bardzo dużo przestępstw bywa popełnionych w stanie nietrzeźwym, względnie w mniej lub więcej wyraźnem zamroczeniu alkoholem. Wobec tego zwalczanie przestępczości zależy dużo od zwalczania alkoholizmu. W kodeksie karnym należy umieścić klauzulę, że stan upicia się nie może być uważany za okoliczność łagodzącą, oraz że, poza nielicznymi wyjątkami, nie może być powodem do uznania niepoczytalności Alkoholizm jest także częstą przyczyną samobójstw. Statystyka referenta (Okręg Warszawski) wykazuje 19,7 prc. samobójstw w stanie nietrzeźwym w dużych miastach, 14 prc. w małych, 12,3 na wsi. Odnośne odsetki dotyczące kobiet są: 5,2 prc., 4 prc. i 4 prc.

---

5) dr. Skalski (Łódź)

ROLA LEKARZA W WALCE Z ALKOHOLIZMEM.

---

6) dr. Mikulski i dr. Neczaj Hruzewicz (Warszawa)

DWA LATA PRACY W PRZYCHODNI PRZECIWALKOHOLOWEJ.

Referat obejmuje okres dwuletni pracy w Przychodni Przeciwalkoholowej Stacji Higjeny Zapobiegawczej w Warszawie. Wyniki leczenia (autohemoterapja, strychnina i arsen, psychoterapja) są naogół zadowalające. W materjale przychodni był duży procent osób zgłaszających się tylko jednorazowo. Sankcje karne władz trafiają niestety raczej rodziny niż samych alkoholików.

---

7) dr. Mazurkiewicz (Warszawa)

ROLA POPĘDU SAMOZACHOWAWCZEGO W WALCE Z ALKOHOLIZMEM.

Upojenie alkoholowe zawiera momenty korzystne dla popędu samozachowawczego pijaka, zwłaszcza okres pierwszy podniecający, mający wybitny wpływ na pracę fizyczną i psy-

chiczną i powodujący wzmożone samopoczucie. Alkoholik nie bierze pod uwagę ujemności okresu drugiego narkotycznego, gdyż zamroczona wtedy jego świadomość nie rejestruje już wydajności pracy. Na skutek tego subjektywne przeżycia alkoholika dają bilans dodatni działania alkoholu, zwłaszcza dla popędu samozachowawczego. A więc popęd samozachowawczy zainteresowany jest w tej ucieczce od świata realnego do upojenia alkoholem.

Przyczyną nałogu alkoholika są dwa czynniki konstytucyjne: infantylizm popędu samozachowawczego (cechy upojenia są bliskie cechom wieku dziecięcego) oraz czynnik biochemiczny (specyficzne działanie alkoholu na tkankę nerwową). Walka z alkoholizmem — to walka ze zmienionym popędem samozachowawczym alkoholika. Wytyczne tej walki są następujące: 1) psychoterapja uświadamiająca alkoholikowi korzyści upojenia dla popędu samozachowawczego, co powoduje uczuciowe przeniesienie chorego na osobę lekarza i łamie opór chorego przeciw leczeniu, 2) dążenie do sublimacji infantylnego popędu samozachowaczego, t. zn. praktycznie ubezpieczenie społeczne abstynentów przez ligę antyalkoholową, aby przemijającej korzyści alkoholizmu przeciwstawić korzyść realną i trwałą.

---

8) dr. Gawroński (Dziekanka)

ALKOHOLIZM U DZIATWY I MŁODZIEŻY A SZKOŁA.

(streszczenie).

Na wstępie prelegent przytacza przerażającą statystykę alkoholizmu u dziatwy i młodzieży w Polsce, stwierdzającą do 100 prc. używających alkohol i to w środowisku rodzinnem. Walka z tak rozpowszechnionem nadużyciem, którego ofiarą staje się mózg ludzki w okresie rozwoju, jest koniecznością. Szkoła, stwierdziwszy słabnące postępy umysłowe u dziatwy szkolnej, rozpoczęła i prowadzi walkę z alkoholizmem, ale przeważnie werbalną i wskutek tego mało skuteczną. Czynnikom wychowawczym, operującym złym przykładem i obyczajem w alkoholizującej się rodzinie, trzeba przeciwstawić równoważne wpływy wychowawcze, t. j. przykład i obyczaj nauczycielstwa w postaci zupełnej abstynencji. Rozważając w dalszym ciągu powyższy temat, prelegent podnosi jedno z postawowych zagadnień psychobiologicznych, łączących się z alkoholizmem w szkole

i poza nią, mianowicie, że najskuteczniejszą walką z tym nałogiem i innemi namiętnościami u dziecka jest pomnażanie radości życia. Radość, wypływająca z poczucia nadmiaru energji życiowej, jest czynnikiem biologicznym, utrwalonym przez filogenezę. Odpowiednie kultywowanie przez wpływy wychowawcze hamuje niższe, zwierzęce instynkty na korzyść wyższych, doskonalących typ ludzki. W rodzinie i szkole dzisiejszej, gdzie nie masz naogół śladu kultury wolności wewnętrznej i płynącej stąd swobody radosnego opanowania przyrodzonych instynktów przez samo dziecko, ale wszystko to zastępuje narzucony przymus zewnętrzny, o skutecznem radykalnem zwalczaniu poziomych popędów, a więc alkoholu, tytoniu, narkotyków i samogwałtu itd., mowy być nie może. Z tych rozważań wyłania się wniosek, że li tylko w racjonalnej, odpowiadającej naturalnym potrzebom dziecka reformie szkoły spoczywa utajona potęga do walki z czynnikami szkodliwymi dla normalnego rozwoju człowieka.

* *
*

Po referatach odbyło się Walne Zgromadzenie Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego, na którem wyznaczono Lwów na miejsce następnego Zjazdu, z głównymi tematami: „Kiła w etjologji schorzeń psychicznych" i „Higjena Psychiczna".

III. Dzień Zjazdu (w Warcie)

1) dr. Becker (Otwock)

KWESTJA GRUŹLICY W ZAKŁADZIE PSYCHJATRYCZNYM.

Zakłady psychjatryczne wykazują nadmierne szerzenie się gruźlicy. Najwięcej gruźlików spotyka się wśród schizofreników, czego przyczyną są nie tylko warunki środowiska (zakładu), lecz także endogeniczna współzależność gruźlicy i schizofrenji. Choroba psychiczna powoduje niehygjeniczne zachowanie się chorych, a duże skupienie ludzkie, jakiem jest zakład, ułatwia infekcję, a raczej reinfekcję. Najniebezpieczniejsze są w tym względzie t. z. przypadki ukryte. Walka z gruźlicą w zakładach to: 1) najwcześniejsze rozpoznanie choroby, 2) specjalny oddział leczniczy oraz izolacyjny z Roentgenem, 3) terapja czynnej pracy (stosowana coraz częściej w zakładach dla celów lecznictwa psychicznego) jako środek profilaktyczny.

---

2) dyr. Łuniewski (Tworki)

OSTRE UPICIE IN LEGE FERENDA.

Pewne kodeksy karne (Anglja, Irlandja, Finlandja, Rumunja) wykluczają upojenie alkoholowe z pośród źródeł niepoczytalności. Inne kodeksy (Australja, projekt kodeksu niemieckiego 1927) karzą przestępcę nie za czyn, lecz za upicie się. Projekt polskiego kodeksu karnego z r. 1922 ujął tę sprawę ogólnikowo, zaś projekt z r. 1929 wogóle pomija upojenie alkoholem.

Projekt kodeksu karnego niemieckiego z r. 1927 jest dobry, nie powoduje bowiem rozbieżności w ocenie poczytalności i odpowiada warunkom polskim.

* * *

Potem przystąpiono do dyskusji jedynie nad wnioskami, zgłoszonymi w związku z wygłoszonymi referatami.

W dyskusji zabrali głos dr. Deresz, dr. Bednarz, dr. Handelsman, prof. Mazurkiewicz, red. Szymański, prof. Borowiecki, dr. Gawroński, dr. Wilczkowski i dr. Łuniewski. Następnie Zjazd uchwalił:

Wniosek dr. Skalskiego:

1. Zjazd zwraca się do Rządu z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciał stanowczo wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej.

Wniosek dr. Szymańskiego:

2. Zjazd uważa za konieczne, aby w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w ruchu uwzględniona była sprawa alkoholizmu, jako przyczyny bezpośredniej lub pośredniej wypadku.

3. Zjazd zwraca się do prasy codziennej z apelem, aby zagadnienie alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna.

4. Zjazd wzywa Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychjatrycznego do zajęcia się kwestją ubezwłasnowolnienia alkoholików niebezpiecznych dla otoczenia.

Wniosek dr. Skalskiego z poprawką dr. Deresza i dr. Wilczkowskiego:

5. Zjazd zwraca się do Rządu z prośbą, by zechciał przystąpić do rewizji zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego w kontakcie z powołanymi przedstawicielami wiedzy lekarskiej.

Wniosek dr. Gawrońskiego:

6. Wobec tego, że jedynie od gruntownej reformy szkoły dzisiejszej można się spodziewać zwycięstwa w walce z plagą alkoholizmu u dzieci i młodzieży i że reforma ta zależy od zrealizowania całego szeregu zabiegów psychohigjenicznych, koniecznym jest czynny udział psychjatrów w roli psychohigjenistów w tej reformie.

Wniosek prof. Mazurkiewicza i dyr. Łuniewskiego:

7. Uważając istnienie Szpitala Psychjatrycznego w Warcie za niezbędne ze względu na katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w Województwie Łódzkiem, opierając się także na wrażeniu, że w istniejących warunkach Szpital łącznie z jego dodatkowemi urządzeniami znakomicie odpowiada swemu przeznaczeniu — X Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do Pana Wojewody Łódzkiego z prośbą, by zechciał wziąć Szpital w Warcie w obronę i ugruntował byt tej instytucji na bezspornych fundamentach prawnych.

Wniosek red. Szymańskiego z poprawką prof. Mazurkiewicza i dr. J. Handelsmana:

8. Zjazd uważa za niezbędne wprowadzenie wykładów higjeny psychicznej, ze szczególnem uwzględnieniem alkoholizmu, jako przedmiotu obowiązującego w wyższych zakładach naukowych.

9. Zjazd zwraca uwagę na konieczność wprowadzenia wykładów alkohologji dla seminarjów nauczycielskich, oraz podkreśla znaczenie wykładów z tej dziedziny dla szkół powszechnych i średnich.

Wniosek dr. Handelsmana:

10. Zjazd zwraca się do M. W. R. i O. P. z prośbą, aby w roku szkolnym 1930/31 przeznaczono w szkołach powszechnych, średnich ogólnokształcących i zawodowych 4 godziny w ciągu roku na pogadanki o alkoholizmie i o gruźlicy, oraz aby w klasach VII gimnazjalnych wprowadzono obowiązkowe nauczanie higjeny.

Na zakończenie red. Szymański komunikuje zebranym o XI Zjeździe Antyalkoholowym w Wilnie w dn. 7 i 8 grudnia b. r. oraz o Międzynarodowym Zjeździe Przeciwalkoholowym, który odbędzie się w przyszłym roku w Warszawie.

Na tem zakończono obrady Zjazdu.

Uchwały X. Zjazdu Psychjatrów Polskich w Łodzi.

X Zjazd Psychjatrów Polskich w Łodzi (łącznie z Kochanówką i Wartą) uchwalił na posiedzeniu w Warcie dn. 9. VI. 1930 r. następujące wnioski:

I. Zjazd zwraca się do odpowiednich czynników rządowych z gorącym apelem, aby w imię najwyższych dóbr społecznych zechciały ściśle wykonywać przepisy ustawy antyalkoholowej, — aby zechciały zająć się rewizją zagadnienia Państwowego Monopolu Spirytusowego, powoławszy do współpracy odpowiednich przedstawicieli wiedzy lekarskiej, — aby zechciały uwzględnić w statystykach nieszczęśliwych wypadków przy pracy oraz w ruchu sprawę alkoholizmu jako przyczyny bezpośredniej lub pośredniej wypadku, — oraz w celu skutecznej walki z plagą alkoholizmuu dzieci i młodzieży wprowadziły systematyczne wykłady alkohologji w seminarjach nauczycielskich i odpowiednie wykłady z tej dziedziny w szkołach średnich i powszechnych (w wykładach tych czynny udział psychjatrów w roli psychohygjenistów jest konieczny).

II. Zjazd zwraca się do prasy codziennej z gorącym apelem, aby zagadnienie alkoholizmu traktowała z całą powagą, na jaką zasługuje ta wielka klęska społeczna.

III. Uważając istnienie szpitala psychjatrycznego w Warcie za niezbędne ze względu na katastrofalny brak miejsc dla psychicznie chorych w Województwie Łódzkiem, opierając się także na wrażeniu, że w istniejących warunkach szpital łącznie z jego adneksami znakomicie odpowiada swojemu przeznaczeniu, X Zjazd Psychjatrów Polskich zwraca się do Pana Wojewody z prośbą, by zechciał wziąć szpital w Warcie w obronę i by ugruntował byt tej instytucji na bezspornych fundamentach prawnych.

Sprawozdania z posiedzeń lekarskich.

Posiedzenie Kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 17. II. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

P. Bielawski przedstawia dwóch chorych: 1) A. D. — do orzeczenia sądowo psychjatrycznego, 2) J. K. — histerja rentowa.

1) A. D., ślusarz. Ojciec alkoholik, matka popełniła samobójstwo, ciotka epileptyczka. Badany podaje, że dnia 10. VI 27 r. macocha kazała mu jechać na rowerze szosą do P. i zobaczyć, czy R. nie jedzie za rzeźnikiem J. D. dopędził J. i w tym czasie nadjechali na rowerach z przeciwnej strony R. i W. Gdy D. zapytał towarzyszy, dokąd jadą, W. odpowiedział, że rzeźnikowi wezmą pieniądze. Zaraz potem W. uderzył rzeźnika J. tak, że ten upadł. Wówczas R. naumyślnie obalił się na rzeźnika, W. zaś przemocą wyciągnął mu portfel. D. przyznaje, że czyn, który popełnił, jest karygodny, twierdzi jednak, że namówił go do tego R. i to na pół godziny przed zajściem. D. został ujęty i przekazany do tutejszego Zakładu na obserwację celem wydania orzeczenia, czy jest w pełni odpowiedzialny za swój czyn. D. podaje, że przed dwoma laty był w stanie podpitym na zabawie. Gdy macocha kazała mu wracać do domu, tak się tem zmartwił, że chciał sobie życie odebrać, i postrzelił się wtedy w prawą skroń. Kula utkwiła nad lewem okiem, skąd została usunięta drogą operacyjną. Pół roku po tym fakcie, wskutek rany, stracił wzrok prawego oka. W dzieciństwie rozwijał się normalnie, uczył się dobrze.

Badanie psychiczne podsądnego nie wykazało znaczniejszych odchyleń od normy. Badany opowiada, że pamięta dokładnie wszystko, co się działo w dniu krytycznym. Przedstawia dokładnie przebieg zajścia: w dniu krytycznym wypił jeden litr piwa i około 100 cm^3 koniaku. Pija co sobotę alkohol. Wówczas, kiedy się postrzelił, pił bardzo dużo i był pijany.

Referent wyraża opinję, że D. w dniu krytycznym nie znajdował się w stanie patologicznego upojenia i jest za swój czyn zupełnie odpowiedzialny.

II. Chory J. K., lat 23, kolejarz, dziedzicznie nieobarczony. Podczas wojny był zasypany i przez dłuższy czas z tego powodu chorował. Od tego czasu pobierał rentę inwalidzką. Przed dwoma laty był badany i renta została zmniejszona. Przed paroma miesiącami otrzymał parokrotne zawezwanie na ponowne badanie, na które się nie stawił. Przed trzema miesiącami K. stał się smutny, milczący, przestał pracować, mało jadał, nie sypiał. Mówił, że koledzy wyśmiewają go i zapowiadają, że mu odbiorą rentę. Po paru dniach przestał zupełnie mówić i został w tym stanie umieszczony w tutejszym Zakładzie.

Badanie cielesne prócz silnych bolesności pnia prawego nerwu kulszowego i dodatniego objawu Lasègues w kończynie bolesnej nie wykazało żadnych zmian cielesnych chorobowych. Psychicznie: chory uporczywie milczy, nie reaguje na pytania ani zlecenia; nie można z nim wejść w żaden kontakt. Chorego trzeba prowadzić, karmić i dbać o to, aby załatwiał swoje fizjologiczne potrzeby. Pomimo tego dokładniejsza obserwacja wykazuje, że pacjent jest zupełnie zorjentowany. Podczas całego pobytu w Zakładzie pacjent nie wyszedł ze stanu pasywnego, w jakim się znajduje. Nie jadł nic przez 24 godziny, kiedy pokarmy stawiano mu tak daleko, że musiałby specjalnie po nie sięgnąć ręką. Kiedy wkładano mu łyżkę w rękę i talerz podsuwano blisko, zjadał wszystko z apetytem. Jedzenia przywożonego mu z domu nie jada. Parokrotnie przeprowadzane badanie płynu mózgowo-rdzeniowego żadnych zmian chorobowych w płynie nie wykryło. Referent rozpoznaje u K., na podstawie negatywnego wyniku badania w kierunku organicznym jak i na podstawie danych anamnestycznych i przebiegu obserwacji chorego, — histerję rentową.

Dyskusja.

P. **Zajączkowski**, zabierając głos do pierwszego przypadku, zwraca uwagę na to, że w podobnych przypadkach często chorzy post factum nieprawdziwie przedstawiają przebieg zajścia w celu uniewinienia się, nie zdając sobie sprawy, że przedstawiają zajście w niekorzystnem dla siebie świetle. I tak jest możliwem, że opowiadanie D. o zajściu w dniu krytycznym jest przez niego następnie dopiero skonstruowane, badany zaś sam tego zajścia dokładnie sobie nie przypomina.

P. **Piotrowski** akcentuje w przypadku pierwszym, że D. jest dziedzicznie obarczony. Z oznak zwyrodnienia najwięcej uderza fakt nadmiernie wąsko zestawionych ócz; należy przypuszczać, że D. jest osobnikiem małowartościowym. Jeżeliby wierzyć, że podsądny rzeczywiście pił prócz piwa koniak (sprzeczność z aktami), to byłoby to jedynie dowodem, że dobrze znosi alkohol. Trzeba także myśleć o patologicznej uległości na pobudki zewnętrzne, jak namowy kolegów, i zbadać D. na okoliczność, czy potrafi oprzeć się wpływom otoczenia. U osób tego typu co podsądny, charakterystycznym objawem jest słabość woli. Ulegają oni wszelakim namowom, tak w dobrym jak w złym kierunku, i nie są w stanie im się oprzeć. P. Piotrowski przytacza przykłady, jak pruski król Fryderyk Wilhelm IV., który wszystkim bezwzględnie przyznawał rację, lub oskarżony o zabójstwo ze słynnego procesu Krantza w Berlinie. Z tej racji p. Piotrowski poleca przeprowadzenie dokładnego badania w kierunku sugestywności i ograniczenia inteligencji podsądnego. Ponieważ jego obrońca położył specjalny nacisk na jego intolerancję wyskokową, przeto należy przeprowadzić jeszcze próbę alkoholową.

P. **Piotrowski** zwraca uwagę na osobliwy nastrój badanego, który niemcy określają mianem „Morose Stimmung", cechującą często urazowców. Mówca radzi referentowi, by zażądał przesłuchania na rozprawie sądowej świadków przestępstwa wzgl. wspólników sprawcy na okoliczność, jak się podsądny w czasie krytycznym zachowywał, jakie robił na nich wrażenie pod względem psychicznym.

Do drugiego przypadku **p. Piotrowski** zaznacza, że uraz podczas wojny musiał być ciężki, ponieważ spowodował pęknięcie błon bębenkowych. Stan zejściowy po takim urazie może przebiegać pod postacią zaburzeń funkcjonalnych lub pozostałości organicznych po molekularnych krwawieniach wewnątrzmózgowych, nie dających narazie żadnych objawów ogniskowych. U badanego uderzają cechy akromegaliczne (wybitnie rozwinięta dolna część twarzy, duże stopy i ręce, długie golenie). Mówca zaleca prześwietlić czaszkę, ażeby poznać kształt sellae turcicae. Z objawów, które mogłyby być jeszcze brane za organiczne, należy podkreślić zgrzytanie zębami, sposób oddychania chorego i sztywną podstawę. Zaburzenia chodu zaś nie noszą cech porażenia organicznego; chory jedynie oszczędza

z powodu bolesności prawą kończynę dolną przy chodzeniu (ischias). Uporczywe milczenie pacjenta, niewykonywanie zleceń, brak zainteresowania dla otoczenia, zanieczyszczanie się, pasywność, przyjmowanie pokarmu tylko wtedy, gdy mu się go podaje, cechują silne zahamowanie psychiczne. P. Piotrowski charakteryzuje stan ten jako pseudodementia posttraumatica.

Trzeba jednak pamiętać o tem, że walka o rentę często może potęgować, a nawet ujawnić ukryte schorzenie, które pozostałoby w latentnem stadjum, gdyby nie nowy uraz w formie walki o rentę, który stan chorobowy pacjenta pogorszył. W tym kierunku należy pacjenta obserwować. Co do samej sprawy rentowej, p. Piotrowski uważa K. chwilowo za sto procent niezdolnego do pracy i zarobkowania i zaleca przyznać choremu większą rentę od dotychczasowej. Ciekawe byłoby zachowanie się pacjenta, gdyby mu wypłacono jednorazowo większe ostateczne odszkodowanie. To byłoby właściwem, odpowiedniem i pomyślnem rozwiązaniem sprawy.

P. Bielawski w słowie końcowem odpowiada p. Zajączkowskiemu, że D składał zeznanie na trzeci dzień po zajściu i przez cały czas śledztwa — jak to się stale praktykuje w sprawach karnych — nie stykał się z nikim z zewnątrz, a przedewszystkiem z współtowarzyszami, więc nie może tu być mowy o tem, że sobie nie przypomina faktu.

Posiedzenie Kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 24. II. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

P. Gawroński przedstawia dwa przypadki:

I. Panna G., lat 19, bez zawodu, dziedzicznie obarczona (w rodzinie ojca są umysłowe choroby). W dzieciństwie miewała pavor nocturnus, w szkole uczyła się dobrze do szóstej klasy, później przestała uczęszczać do szkoły z powodu bólów głowy. Menses od 12 go roku życia występowały nieregularnie; od dwóch i pół miesiąca pacjentka nie ma perjodu. Lubiła pisywać pamiętnik, pisała wiersze w języku polskim i rosyjskim. W stosunku do matki od czasu zachorzenia niedobra, zła. Obecna choroba psychiczna trwa od 6 miesięcy. Przedtem przez trzy tygodnie chora nie mogła sypiać.

Przy badaniu stwierdza się, że lewa źrenica jest zniekształcona, źrenice reagują na światło i akomodację; odruchów patologicznych brak. Chora na ogół nie odpowiada na pytania, ze skąpych odpowiedzi widać, że jest zorjentowana, czasami śmieje się, czasami siedzi wpatrzona w jeden punkt. Zahamowana, zlecenia wykonuje powoli. Występuje flexibilitas cerea.

II. Panna Ł, lat 33, bez zawodu, choruje od wielu lat. Do szkoły chodziła sześć lat, nadrabiała więcej pilnością, nie będąc zdolną. Już jako dziewczę była gadatliwa, krytykująca wszystko i wszystkich. Koleżanek nie miała. Brzydzi się wszystkiem. Ma silne natręctwa myśl we, silne lęki, musi się wciąż myć, uważając, że jest brudna. Każde jedzenie polewa wodą. Miewa myśli samobójcze. Przy badaniu stwierdza się osłabiony odruch spojówkowy i rogówkowy. Chora stale wyciera krzesełka, by nie zabrudzić rąk, pluje, gdy ma „wstrętne myśli".

Dyskusja.

P. Zajączkowski, zabierając głos do pierwszego przypadku, wskazuje na objaw wywracania oczu, o którym wspomina anamneza pacjentki. Objaw ten spotyka się często w stanach poencefalitycznych i tu czasami wysuwa się na plan pierwszy tak silnie, że jest głównym objawem choroby. P. Zajączkowski uważa, że pomimo tego, iż niema w danym przypadku innych objawów towarzyszących, trzeba jednak brać pod uwagę możliwość istnienia encephalitis lethargica. W przedmiocie przypadku drugiego, p. Zajączkowski uważa, że chora cierpi na nerwicę z natręctwami. Ciekawy jest ten przypadek specjalnie dla tego, że nerwica zachodzi tu u oligofreniczki, co jest wielką rzadkością, gdyż zwykle nerwica z natręctwami występuje u pacjentów o wysokiej inteligencji. Pod względem terapeutycznym wyklucza stosowanie psychoanalizy, gdyż w nerwicach zachodzących u oligofreników psychoanaliza naogół nie daje żadnych wyników leczniczych.

P. Bielawski podkreśla dane anamnestyczne w przypadku pierwszym, stwierdzające, że chora przebyła w dzieciństwie „wszelkie choroby infekcyjne". Obecnie po zahamowaniu — zresztą nieznacznem — uderza u chorej sposób uzasadnienia swego stanu („nie mówiła, bo sądziła, że wtedy prędzej będzie zwolniona"). Taka argumentacja ma cechy orjentacji ex post

powziętej, nie można się w nią wczuć ani jej wyrozumieć symbolicznie. Tak bywa przy zahamowaniu natury organicznej, np. przy zahamowaniu w następstwie zwyrodnienia corpus striati. Wskazanem by było przeprowadzenie dalszych badań neurologicznych i humoralnych.

P. Piotrowski zwraca uwagę na fakt, że chora G. jest zahamowana, a mimo to załatwia potrzeby fizjologiczne (wyciera nos); jej twarz wyrazista, prawidłowe mrużenie powiek, wzrok ożywiony świadczy o życiu wewnętrznem, o zachowaniu osobowości. Brak wyraźnych objawów, któreby przemawiały za katatonją. Objaw wywracania oczu może zachodzić także u katatoników, ale również i u histeryków. Głębokie zahamowanie psychiczne, jakie opanowało chorą, powoduje jej sztywną postawę, jej bezruch, wogóle stan stuporu. Ze względu na uraz psychiczny, któremu pacjentka uległa — rozczarowanie uczuciowe — choroba psychiczna p. G. kwalifikuje się jako psychoza reaktywna. P. Piotrowski przytacza podobny przypadek, którego przebieg był pomyślny.

W przypadku Ł. p. Piotrowski zwraca uwagę na szczegół, że chora nie uważa na to, co się do niej mówi, bo zbyt głęboko przejęta jest swojemi osobistemi sprawami, opowiada wciąż tylko o sobie. Nie można z nią rzeczowo rozmawiać. Pacjentka omija pytania i wraca z uporem do swoich skarg, żalów i pretensji. Jakkolwiek badana należy do typu oligofrenicznego i cierpi na nerwicę, zalecałoby się jednak spróbować u niej psychoanalizę, a to ze względu na zmienność i powierzchowność objawów psychoneurotycznych, oraz ze względu na sugestywność chorej.

Posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance z udziałem gości, w dniu 8. III. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

P. Bielawski przedstawia 2 przypadki sądowo-psychjatryczne: I. Napad rabunkowy. — Nerwica. — Poczytalność; II. Kradzieże w czasie ciąży. — Oligofrenja. — Niepoczytalność.

I. D., lat 21, z zawodu ślusarz. Podaje, że dnia 10. 6. 1927 r., gdy wrócił od pracy, o godz. 21-ej, macocha poleciła mu jechać na rowerze szosą do P. i przekonać się, czy R. nie jedzie za

rzeźnikiem J. D. udał się zaraz w stronę P. i dopędził rzeźnika. W tym czasie z przeciwnej strony nadjechali na rowerach R. i W. (wspólnicy D.). D. zapytał W., dokąd jadą, na co otrzymał odpowiedź, że rzeźnika ograbią z pieniędzy, — i w tym samym momencie W. nadjechał do J., uderzył go tak silnie, że tenże upadł na ziemię, poczem R. umyślnie położył się na rzeźnika, a W. wyjął temuż portfel z kieszeni i włożył go do swej kieszeni. Po dokonaniu rabunku udali się wszyscy trzej do lasu, gdzie podzielili się zdobyczą. D. otrzymał przy podziale 200 złotych (350.—, jak się później okazało), które oddał dobrowolnie policji po przybyciu do domu. Twierdzi, że o planowym napadzie nie wiedział, a dowiedział się o tem dopiero od W. na szosie. Przyznaje, że czyn jest karygodny, lecz uniewinia się tem, że go do tego namówiono. Ponieważ D. bronił się przed sądem stanem opilstwa w czasie krytycznym, Sąd przysłał go na obserwację do tutejszego Zakładu.

Ojciec podsądnego był alkoholikiem, matka popełniła samobójstwo. Siostra ojca była umysłowa chorą. D. chodził do szkoły miejskiej, do trzeciej klasy włącznie, następnie był w wyższej szkole rolniczej której nie skończył dla braku pieniędzy. W 1925 r. przechodził grypę, w której 3—4 tygodnie leżał ciężko chory. Był wtedy nieprzytomny. W 1926 r. był na zabawie. Gdy macocha sprowadziła go z tej zabawy do domu, ponieważ był pijany, — wziął to sobie tak do serca, że strzelił do siebie. Kula weszła przez prawą skroń i utkwiła nad lewem okiem, wskutek czego utracił wzrok po prawej stronie. Kulę wyjęto drogą operacyjną. Dawniej onanizował się. Czuje się zdrowym. Pół roku po postrzale wiór żelazny wpadł mu w prawe oko.

D. jest budowy średniej, dostatecznie odżywiony, ma mięśnie wiotkie. Prawa źrenica rozszerzona do maximum. Chory nie widzi na prawe oko zupełnie Lewa źrenica jest zniekształcona, rozszerzona, reaguje żywo na światło, leniwie na zbieżność. Czucie głębokie zlekka przytępione. Odruchy ścięgniste żwawe, napięcia w kończynach nieco wzmożone. Mimika twarzy mało ruchliwa. Objaw Piotrowskiego obustronnie dodatni. Lekka tendencja kloniczna obu stóp. Skłonność do chwiania się ku tyłowi. Lekkie faliste drżenie rąk i powiek.

Ponieważ D. broni się niepoczytalnością z powodu rzekomego upojenia w czasie dokonania czynu i podaje, że dnia

krytycznego pił w browarze piwo, a w domu na kilkanaście minut przed zajściem koniak, — przeto została dokonana próba alkoholowa, mająca za cel możliwie w najdrobniejszych szczegółach odtworzyć warunki, w których miał się znajdować oskarżony w czasie poprzedzającym bezpośrednio napad rabunkowy. D. podał, że w dniu krytycznym o godz. 15-ej zjadł był na podwieczorek dwie skibki chleba z masłem, następnie pracował do godz. 20,30. W czasie od godz. 18-ej do godz. 20,30 wypił dwie butelki piwa jasnego i butelkę ciemnego. O godz. 20,30 jechał ca. 10 minut rowerem z browaru do domu, gdzie bawił około 5 minut, nic nie jadł, a wypił około 100 gr koniaku z 3 gwiazdkami, poczem jechał rowerem we wskazanym przez macochę kierunku około $3^1/_2$ km.

Stosownie do powyżej podanych dat, poczynając od godz. 15-ej, w dniu próby postawiono badanego w warunki analogiczne podanym przez niego, a mianowicie: o 15-ej zjadł 2 skibki chleba z masłem, następnie pracował w warsztacie ślusarskim. Między godz. 18-ą, a 20,30 otrzymał badany kolejno trzy butelki piwa (sprowadzonego specjalnie z browaru, w którym D. w dniu krytycznym był pracował). Już po wypiciu jednej butelki zanotowano następujące objawy: D. w 15 minut po wypiciu wykazał silne zaczerwienienie twarzy, lśnienie gałek ocznych, znaczne zaburzenie koordynacji tych ostatnich, specyficzne dla upojonego zaburzenia w mowie i koordynacji kończyn. Chory stał się wielomówny, nader ruchliwy, dowcipkował, a po chwili się rozpłakał, twierdząc, że jest stracony, że musi sobie życie odebrać. Jednocześnie wykonał ruch, zdradzający zamiar rzucenia się w rozpędzone koło zapędowe maszyny elektrycznej, tak że musiano go powstrzymać. Po wypiciu następnych 2 butelek piwa, a — o godz 20,30 — ilości koniaku odpowiadającej ilości rzekomo wypitej w dniu krytycznym (100 gr), badany popadł w stan, który można określić stanem fizjologicznego upojenia znacznego stopnia. Znamion przemawiających za upojeniem patologicznem badany podczas próby nie zdradzał. Eksploracja badanego na drugi dzień po próbie wykazała, że przechowuje on o przeżyciach z okresu próby nieliczne wspomnienia, ubogie w treść odnoszącą się do okresu upojenia po wypiciu pierwszej butelki piwa. Także z rozmowy podsądnego M. z badanym D. nie można wyciągnąć wniosku, że pamięć badanego była w pełni zachowana w stosunku do okresu upojenia.

Referent podkreśla niektóre momenty psychiczne, zaczerpnięte z wywiadów, a wskazujące na pewne znamiona psychopatji badanego. Dalej, uwzględniając uraz i rany mózgu, referent stwierdza, że już mimo pozytywnego wyniku próby alkoholowej należałoby podejrzewać oskarżonego o ewentualność nietolerancji na wyskok. Samą próbę alkoholową ocenia p. Bielawski w ten sposób, że uważa sposób zachowania się badanego po wypiciu pierwszej butelki piwa (kiedy D. stracił nagle zdolność koordynacji motorycznej w mowie i w ruchach gałek ocznych oraz wykazał niezbicie stan daleko posuniętego upojenia) jako znamię silnie wyrażonej intolerancji alkoholowej; można tu z całą pewnością mówić o patologicznej reakcji na zatrucie wyskokiem. Okres następny nosi wszelkie cechy daleko posuniętego upojenia fizjologicznego, ponieważ produkowane objawy odpowiadają zachowaniu się pijaka po wypiciu dużych ilości wyskoku. Akta sądowe jednakże nie dostarczają żadnych danych natury psychopatologicznej, któreby pozwalały utrzymać wysuniętą przez Sąd wątpliwość co do poczytalności sprawcy w chwili dokonania karalnego czynu. Nic nie przemawia za stanem upojenia D. w chwili krytycznej. Uwzględniając jednak zdobyte przez wielokrotną praktykę sądowo-psychjatryczną doświadczenie, że protokuły przesłuchów sądowych bywają często ubogie w treść psychopatologiczną, a nawet w kierunku tym są nieścisłe i przechodzą łatwo do porządku dziennego nad momentami, mogącemi mieć wielką wartość dla biegłego, — referent wyraża mniemanie, że byłoby ostrożniej w przypadku danej ekspertyzy zastrzec się co do ostatecznych wniosków, dotyczących poczytalności badanego, aż do rozprawy głównej i osobistego przesłuchania świadków zajścia.

II. A K., żona robotnika, lat 40. Przyznaje, że popełniła w grudniu 1925 r. szereg kradzieży, jak np. pęczek batów rzemiennych, 1 sztuka materjału kortu w paski, 1 sztuka szewiotu, 1 para spodni, 2 sztuki materji, szal półjedwabny, sztuka perkalu, 2 kapelusze męskie, para trzewików męskich i in.

Badana podaje, że ojciec był pijakiem, nie żyje, matka również nie żyje. Siostra jest idjotką (znajduje się w szpitalu psychjatrycznym). K. miała 3 poronienia w trzecim miesiącu ciąży. Jako panna miewała kurcze. Jej dzieci miały również kurcze.

Co do kradzieży zeznaje, że nie miała wspólników, że namawianą ani też zmuszaną do kradzieży nie była.

Stan obecny: odruchy kolanowe i achilesowe żwawe, podeszwowych brak. Babiński — Oppenheim — Romberg ujemne. Uderza drżenie powiek i wysuniętych rąk. Język nie zbacza. Postać mało ruchliwa. Twarz wyraża zahamowanie i smutek. Zrenice równe, reagują na światło i zbieżność.

Referent akcentuje, że ekspertyza psychjatryczna winna iść po linji badania oskarżonej na epilepsję, kiłowe zachorzenie mózgu oraz na zaburzenie psychiczne, występujące u psychopatki w okresie ciąży. Za ostatnią ewentualnością i wypływającymi stąd wnioskami przemawia rzucający się w oczy fakt, że osoba dotąd nie karana w 40 tym roku życia nagle w krótkim okresie czasu (3-miesięcznym przy końcu ciąży) dopuszcza się szeregu czynów karalnych analogicznego charakteru, zmierzających do przyswojenia sobie cudzej własności.

Dyskusja.

P. Zajączkowski, do I-go przypadku, wyraża mniemanie, że dotychczasowa obserwacja i przeprowadzona próba alkoholowa dały wyniki przemawiające za tem, że badany jest całkowicie odpowiedzialny za czyny popełnione w dniu krytycznym. Próba alkoholowa wykazała intolerancję alkoholową, występującą zwykle u nałogowych alkoholików, a mianowicie szybkie upicie się początkowo niewielką ilością alkoholu, następnie zaś dość dużą tolerancję na dalsze, nawet większe ilości wyskoku. D. po wypiciu rzekomo takiej samej ilości alkoholu jak w dniu krytycznym znajdował się w stanie tak znacznego upojenia, że wykluczał on możność popełnienia przypisywanych mu czynów, a mianowicie nie mógłby jechać kilka kilometrów na rowerze i brać udział w zacieraniu śladów popełnionego rabunku, jak również i macocha nie byłaby go w stanie tak znacznego upojenia wysyłała, żeby się opiekował obrabowanym. Prócz tego D. wykazywał następnego dnia cały szereg luk pamięciowych z czasu próby alkoholowej, pamięć zaś jego co do drobnych nawet szczegółów zajścia w dniu krytycznym jest zachowana. Wobec powyższego p. Zajączkowski wyklucza możliwość popełnienia przez D. karalnego czynu w stanie patologicznego upojenia.

Do drugiego przypadku p. Z. konstatuje, że referent wysunął trzy hypotezy, a mianowicie, że występujące obecnie

cechy chorobowe jak i przypisywane jej czyny karalne mogły być wynikiem: 1) degeneracji psychicznej na tle luetycznem (na lues wskazują liczne poronienia badanej); 2) zmian patologicznych padaczkowych, na co wskazują dane anamnestyczne o napadach kurczowych; 3) chorobowo wzmożonych, granice fizjologiczne przekraczających zmian psychicznych, pojawiających się niekiedy w ciąży i cechujących się przerostem systemu popędowego. Wobec dotychczasowych wyników obserwacji i braku danych bezwzględnie przemawiających za pierwszą lub drugą hypotezą, p. Zajączkowski skłania się zgodnie z referentem do trzeciego przypuszczenia. Badana jest dziedzicznie ciężko obarczoną oligofreniczką, ojciec alkoholik, siostra jest idjotką, dzieci badanej miały kurcze. Wiemy zaś, że ciąża wyzwala u kobiet tego typu niekiedy najrozmaitsze objawy psychotyczne, a między innemi występująca napadowo skłonność do kradzieży w tym okresie ciąży była niejednokrotnie przez autorów notowana. P. Zajączkowski nie wyklucza możliwości, że dalsza obserwacja kliniczna, dokładniejsze dane anamnestyczne, których dotąd brak, i dokładne badanie serologiczne płynu mózgowo-rdzeniowego i krwi zmienią rozpoznanie w danym przypadku na korzyść pierwszej lub drugiej hypotezy.

P. prokurator Sobiecki, do pierwszego przypadku, zaznacza, że zachowanie się D. przed i podczas zajścia nie wskazuje na zamroczenie. D. jechał na rowerze i pamięta doskonale szczegóły zajścia. Co do przypadku K., p. Sobiecki zaznacza, że przeciw zamroczeniu K. przemawia dokładna pamięć szczegółów, kiedy została na kradzieży przychwycona, natomiast rzekomo nie pamięta innych kradzieży.

P. Piotrowski kwestjonuje sposób badania D. za pośrednictwem wyrafinowanego, również pod obserwacją psychjatryczną znajdującego się więźnia śledczego M., który mógł przecież ostrzec badanego, aby się nie wypowiedział. Mówca zwraca uwagę na uraz mózgu, któremu D. uległ, gdy sobie strzelił w głowę. Ten ciężki uraz tłómaczy dostatecznie nietolerancję badanego na alkohol. Niema jednak objektywnych dowodów na okoliczność, że D. w okresie poprzedzającym chwile krytyczne pił i że podczas czynu znajdował się w stanie chorobowych zaburzeń psychicznych na tle zatrucia alkoholowego, które wyłączyły swobodne powzięcie woli. Przeciwnie, z zeznań badanego wynika, że D. orjentował się wówczas dobrze w sytuacji i działał stosownie do potrzeb chwili. Fakt,

że badany przy pierwszych przesłuchach przypominał sobie dokładnie szczegóły zajścia na szosie, że pamiętał je później i pamięta obecnie, że opisywał je zawsze jednakowo, świadczy również przeciwko koncepcji stanu chorobowych zaburzeń świadomości w chwili dokonania czynu. Wszelako zaleca się przesłuchać na rozprawie głównej współwinnych na okoliczność, czy D. nie okazywał czasem objawów uderzających swoją osobliwością.

Uwaga p. prokuratora Sobieckiego, że jazda rowerem na miejsce czynu przemawia przeciwko pijaństwu badanego, jest słuszna, jednakże nie wyczerpuje przedmiotu, albowiem fakt, że D. jechał na rowerze i mógł utrzymać równowagę ciała, nie przemawia również za równowagą umysłową. U urazowca już mała ilość alkoholu może wywołać zaburzenia w ośrodkach psychicznych kory mózgowej, uszkodzonej i osłabionej ciężkim urazem (strzał w głowę), nie naruszając z powodu niedostatecznej siły ilościowej spożytego trunku ośrodków koordynacyjnych somatycznych. Osobnik tego typu co D. po spożyciu pewnej ilości alkoholu może zatem zachować równowagę na rowerze, a równocześnie mieć halucynacje, urojenia, zboczenia orjentacji, a więc zaburzenia psychiczne.

Łatwiejsze zagadnienie przedstawia drugi przypadek. Badana K. jest córką alkoholika, siostrą idjotki, matką spasmofilnych dzieci, oligofreniczką, która w młodości miewała kurcze. Dość więc danych, aby uważać badaną za osobę dziedzicznie i psychicznie upośledzoną, usposobioną do zachorzeń psychicznych. K. utrzymała się przez całe życie na poziomie etycznie prawidłowym, nie była nigdy karaną. Mając na uwadze doświadczenie, że osoby tego typu co K. nieraz przebywają podczas ciąży ciężkie psychozy lub przemijające zachorzenia psychiczne albo popełniają przestępstwa, to w przypadku przedstawionej oligofreniczki-psychopatki, dotąd nie karanej, która popełniła kradzieże w czasie ciąży, należy przyjąć, że ciąża wywierała na słabą psyche badanej wpływ tak ujemny i szkodliwy, że K. z powodu tego upośledzenia nie mogła swobodnie kierować swoją wolą i nie mogła oprzeć się przemożnie do kradzieży prącym popędom, ulegającym zbyt łatwo silnym pokusom, i w stanie chorobowo naruszonej równowagi władz psychicznych popełniała kradzieże. Świadomość przytem mogła być zachowana. K. mimo niewątpliwego poznawania istoty czynów z powodu swego upośledzenia psychicznego nie miała dość sił intelektualnych, aby swobodnie kierować swoją wolą, i dzia-

łała tak jak działałby sprawca, znajdujący się w stanie chorobowych zaburzeń czynności psychicznych, wykluczających wolną wolę. To też fakt, że podsądna przypomina sobie szczegóły dokonanych kradzieży, który p. prokurator Sobiecki przytacza jako dowód na okoliczność, że K. nie znajdowała się w stanie zamroczenia i dla tego jest odpowiedzialna za swoje czyny, — nie przemawia przeciwko niepoczytalności podsądnej w czasie krytycznym. Uzupełnienie obrazu chorobowego stwierdzeniem zachorzenia luetycznego, czego się domaga p. Bielawski ze względu na trzy poronienia badanej, nie zmieni zasadniczo oceny sprawności władz umysłowych podsądnej podczas dokonania kradzieży i nie wpłynie na ostateczne orzeczenie w sensie ujemnym.

P. Bielawski w słowie końcowem odpowiada p. Piotrowskiemu (co do przypadku D.), że zużytkowanie więźnia M. w celach stwierdzenia ew. luk pamięciowych u oskarżonego, powstałych po upojeniu, dokonane zostało w ten sposób, że dopiero po samorzutnem wynurzeniu się D. przed M. i wypytywaniu badanego przez M. o przebiegu próbu alkoholowej, — lekarz poinformował się u ostatniego o wynurzeniach badanego. W ten sposób umyślne — w przyjemnych intencjach dla oskarżonego — zafałszowanie faktów ze strony M. wydaje się być wykluczone.

P. Sobieckiemu referent odpowiada, że patologiczny stan wybujałej popędliwości ku kradzieżom, zaobserwowany przez psychjatrów podczas ciąży, nie cechuje się bynajmniej zamroczeniem świadomości i następczą amnezją, przeciwnie, w tym „odmiennym stanie psychicznym" dokonywują kobiety kradzieży i innych przestępstw przeciw cudzej własności przy zupełnie zachowanej orjentacji. Co do przypadku D. zaś referent zaznacza, że ustalenie ilości wypitego przez oskarżonego alkoholu dokonane zostało w ten sposób, że ostatni był proszony, by sam odmierzył tę ilość. W ten sposób badający przerzuca całą odpowiedzialność za nieścisłość ustalenia ilości wypitego alkoholu na karb badanego.

P. Zajączkowskiemu referent odpowiada, że mówiąc o znamionach patologicznych reakcji na alkohol, nie miał na myśli stanu upojenia alkoholowego, lecz jedynie sposób reagowania na zatrucie wykraczający poza ramy psychologiczne, tak często spotykany u traumatyków i psychopatów.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance z dnia 16. III. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

I. P. **Gawroński** przedstawia chorą Z., lat 38. Przed 6 tygodniami chora zemdlała kilka razy, przeto telegrafowano do męża, żeby przyjechał, bo żona jest ciężko chora. Mąż zauważył, że żona była bardzo zdenerwowana. Dawniej zawsze dbała o niego i dzieci, teraz skarżyła się przyjaciółce, że mąż ją zdradza, że ma kochanki, że wszyscy się z niej wyśmiewają. Od tej pory stan się ciagle pogarszał, pacjentka zaczęła się wrogo odnosić do męża, protestowała przeciwko nazywaniu jej nazwiskiem męża, zarzucała mężowi, że utrzymywał stosunki z różnemi kobietami, że ma weneryczną chorobę, że ją chce zabić, wszyscy są jej wrogami, mówiła, że jest zasądzona na śmierć — „już słyszę, jak dzwonią na mnie — na szafot — już mnie położą". Miała halucynacje wzrokowe i słuchowe. Od 10 dni ma myśli samobójcze. Przed 4 dniami usiłowała się otruć. W dzieciństwie nie chorowała. Skończyła gimnazjum, wyższe kursa, akuszerję i chodziła do szkoły dramatycznej. Dziedzicznie w rodzinie ojca mają wszyscy plamy na oczach koloru niebieskiego, siostra — umysłowo chora — była w zakładzie w R. Pacjentka poza grypą w 1920 innych chorób miała nie przechodzić. U chorej stwierdza się obustronne zmętnienie rogówki, trudno więc widzieć kontury źrenic, które wydają się być zlekka zniekształcone. Lekka asymetrja twarzy. Źrenice reagują na światło i zbieżność. Romberg ujemny. Patologicznych odruchów brak.

II. P. **Bielawski** przedstawia chorego K., lat 26, z zawodu biuralistę. Obecna choroba psychiczna rozpoczęła się w listopadzie 1927. Chory w domu ciągle chodził, liczył sobie stale pocichu, nie chciał jeść, twierdząc, że na głodno prędzej pozbędzie się choroby; dużo modli się i narzeka na ból w okolicy serca. Od grudnia 1927 r. stale śnią mu się kobiety i uprawia często onanję. Ojciec chorego lubił często i dużo pić. Przy badaniu stwierdza się, że źrenice, niezupełnie okrągłe, żywo reagują na światło i akomodację. Lekka hyperrefleksja kończyn dolnych. Odruchów patologicznych brak. Romberg ujemny, mowa bez zmian. Pacjent jest zupełnie zorjentowany co do czasu, miejsca i sytuacji. Uważa się za zdrowego umysłowo — może jest tylko trochę chory nerwowo. Podziękował parę miesięcy temu za posadę,

zdaje sobie sprawę, że prowadził lekki tryb życia, chciał zacząć inaczej żyć, nie iść za przykładem innych ludzi, a samemu zdobyć „ciężki kawałek chleba". Stał się smutny, słyszał głosy kolegów znajomych; głosy te drwiły: „Chcesz się poprawić, chcesz być świątobliwy". Kiedy szedł gdzieś na miasto, słyszał np.: „Idź do kościoła lub daj biednemu pieniądze". Od miesiąca czytywał ewangelję świętą. Miewa teraz często myśli bluźniercze; gdy myśli o Bogu, przychodzą mu najbardziej nieprzyzwoite słowa do głowy. Czasami, żeby zwalczyć w sobie te bluźniercze myśli, liczy głośno, biega, uważa się za grzesznego, bo źle do tej pory żył. Pacjent oświadcza lekarzowi, że postanowił przez dwa dni nie jeść — „chcę się upokorzyć". Nie wiedział, że będzie umieszczony w zakładzie i za to, że przyjechał, chce „się ukarać". Jest to kara boża za to, że stracił ufność w pomoc Boga, a oddał się w opiekę ludziom.

Referent podkreśla dominujące objawy natury psychastenicznej u badanego, które mogłyby sprowadzić błąd djagnostyczny. Jednakże pewne znamiona dementywności i towarzyszące im myśli natury depresyjnej nasuwały już od początku myśl o organicznej chorobie mimo, że poza lekkiemi znamionami reakcji źrenic oraz drobnofalistem drżeniem mięśni twarzowych nie stwierdzono żadnych innych objawów, pozwalających podtrzymać taką koncepcję. Rozstrzygnie tu wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego, wykazujący hyperleukocytozę oraz odczyn ze złotem w postaci krzywej po stronie lewej szematu, co jest charakterystyczne dla zachorzeń kiłowych mózgu. Odczyn ten przy rozcieńczeniu płynu do 1:20, 1:80 dał w wyniku zmętnienie białe, co jest charakterystyczne dla porażenia postępującego wzgl. dla wiądu rdzenia.

Dyskusja.

P. Zajączkowski, do przypadku pierwszego, zwraca uwagę, że zemdlenia zdarzają się też w climacterium, również cały zespół objawów psychotycznych jest d.ść typowy dla psychoz klimakterycznych, które zwykle zaczynają się urojeniami zazdrości, następnie przebiegają pod postacią ciężkiej depresji z dążnościami samobójczemi. Należałoby zebrać w tym kierunku dokładne dane anamnestyczne, wypytać samą pacjentkę i ewentualnie zbadać ją ginekologicznie, czy niema tam jakich cech inwolucyjnych. W celach djagnostycznych p. Zajączkowski proponuje energiczne stosowanie podskórne preparatów jajnikowych, gdyż w przypadkach

zaburzeń inwolucyjnych przy tem leczeniu zwykle występuje, choć przejściowe, lecz dość znaczne polepszenie.

Do przypadku drugiego p. Zajączkowski wyraża następujące mniemanie: K. przedstawia typ neurotyka z wybitnemi cechami infantylizmu psychicznego, specjalnie występującemi w stosunku do matki. Pacjent, mówiąc o matce, zawsze wyraża się np. „mamunia mnie przyniosła — mamunia mi kazała“ itd. Wobec tego objawy chorobowe, jakie tu występują, p. Zajączkowski uważa za objawy nerwicowe, a nie za zespół neurasteniczny, często występujący w stadjum początkowem porażenia postępującego. Stan obecny, cechujący się brakiem jakichkolwiek objawów chorobowych neurologicznych, silną depresją z zahamowaniem, samooskarżeniem, poczuciem grzeszności, dążnościami samouszkodzenia (głodzenie się), imponuje jako melancholja, sporadycznie zaś występujące, nieustalone urojenia prześladowcze, które pajent z wahaniem wypowiada, robią wrażenie objawów wtórnych, wynikłych z pierwotnych zaburzeń wzruszeniowości. Wobec powyższego p. Zajączkowski wyraża mniemanie, że trzebaby było się tu także liczyć z melancholją, występującą u neurotyka. Ponieważ rozpoznanie paraliżu postępującego w tym przypadku nie jest ustalone, p. Zajączkowski zaleca ostrożność przy stosowaniu terapji malarycznej. Zwykle bierze się malarję do przeszczepienia od paralityków, wobec czego istnieje tu niebezpieczeństwo przeszczepienia kiły choremu ew. niesyfilitycznemu.

P. Bielawski uwzględnia w pierwszym przypadku ostry, niemal wybuchowy, początek choroby, bredzeniowy charakter psychozy, zabarwiony zlekka urojeniami wywyższenia, znaczne wyjaśnienie się świadomości w przeciągu kilku dni, a opierając się na danych anamnestycznych, myśli o lekkim niezłośliwym insulcie luetycznym w mózgu.

P. Piotrowski zwraca uwagę na szczegół, że urojenia zazdrości u niewiasty mogą występować w okresie przekwitania jak również w porażeniu postępującem. Porażenie postępujące objawia się niekiedy w początkowym okresie choroby napadami omdlenia. Dawniej, w epoce przedwassermannowskiej, w wątpliwych przypadkach zachorzenia psychicznego napady w postaci omdlenia decydowały nieraz o rozpoznaniu różniczkowem, i to w kierunku porażenia postępującego. Omdlenie może być również zwiastunem psychozy infekcyjnej. Chorą Z. p. Piotrowski poleca

jednak zbadać w kierunku psychozy luetycznej, mianowicie porażenia postępującego.

Do przypadku drugiego p. Piotrowski zaznacza, w przeciwieństwie do p. Zajączkowskiego, że jakkolwiek forma powstania choroby, dziwaczne zachowanie pacjenta, jego obojętność w stosunku do położenia obecnego i cierpienia, wypowiadanie urojeń bez adekwatnego afektu, wskazują na zachorzenie schizofreniczne badanego, to należy wziąć także pod uwagę momenty przemawiające dość przekonywująco za porażeniem paralitycznem, albowiem urojenia, chociaż odpowiadające obrazowi depresji, w jakiej się chory znajduje, nie są utrzymane w równem nasileniu i konsekwentnie wypowiadane i rozszerzane, lecz mają raczej charakter powierzchowny, mało ustalony. Nie są one produkowane z tą siłą przekonywującą co u melancholika. Pacjent, wypowiadając swoje urojenia smutne, objawia nastrój dość spokojny, a nawet pogodny. Uwydatnia się pewna euforja, osłabienie autokrytycyzmu, głupkowata argumentacja. Jest to sprzeczność zbyt jaskrawa dla psychozy melancholijnej. Pozatem wynik badania metodą Langego należy uważać za pozytywny, przemawiający za porażeniem postępującem.

P. Gawroński, w słowie końcowem, do przypadku pierwszego zaznacza, że mąż zeznaje w uzupełnieniu do wywiadów, że on nigdy nie chorował na lues, ani na gonnorrhoe i wobec tego żony zarazić nie mógł. Nie przepuszcza też, aby ona przed małżeństwem albo jako żona miała stosunki z innymi mężczyznami. Mąż twierdzi natomiast, że od kilku lat nurtowało w niej uczucie zazdrości o męża i to zupełnie nieusprawiedliwione, dlatego uważa je za chorobliwe. Mianowicie chora podejrzewała stale męża, że ją zdradza ze służącemi, pracującemi w ich prywatnym domu, w skutek czego zmieniała służące co miesiąc. On, przebywając cały dzień poza domem, żadnego kontaktu z niemi nie miał. Ciotka żony miała reaktywną psychozę, pozatem dziedziczności żadnej niema. Chora, przebywając w S., miała przez dwa tygodnie stan przygnębienia, który jednak prędko minął. Menstruacje miała od 16-go roku życia, przytem żadnych chorobowych zmian psychicznych nie zdradzała.

P. Bielawski w słowie końcowem, do drugiego przypadku, odpowiada p. Zajączkowskiemu, że również i p. Zajączkowski nie przecenia wartości djagnostycznej odczynu ze złotem. Jednakże w przypadku, gdzie odczyn ten tylko potwierdza wysunięte wcześ-

nie i przytem uzasadnione podejrzenie na specyficzne zachorzenie mózgu, przyznaje jego wynik dodatni, oczywiście, jako jeden z momentów, składających się na djagnozę porażenia postępującego.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance z dnia 22. III. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

P. Zajączkowski przedstawia chorą M., lat 22, z zawodu służącą. M. jest chora od trzech miesięcy. Nie chce mówić, skarży się na ból głowy i żołądek. Życie jej zbrzydło, szkoda się męczyć. W rodzinie matka miała psychozę podczas połogu. Rok temu chora przechodziła grypę. Podczas badania stwierdza się wyraz twarzy, wyrażający przygnębienie; wąskie czoło, brózdy nosowo-wargowe nieco wygładzone, sinica kończyn dolnych i górnych, stopy zimne, lekkie drżenie powiek, język obłożony, nie zbacza, odruch gardłowy osłabiony. Oppenheim zaznaczony prawostronnie. Odruch fleksji palców przy pocieraniu przedniej bocznej powierzchni goleni zaznaczony.

Chora dość zorjentowana co do miejsca, czasu i otoczenia.

Referent zwraca uwagę na szczegół, że uporczywe bóle głowy, trwające od trzech miesięcy, uczucie szumu w głowie, bolesność przy opukiwaniu i ucisku skroni i szczytu czaszki, wrażliwość głowy przy czesaniu, nieznaczna anisocoria, lekkie osłabienie reakcji źrenic na światło, nieznaczne wygładzenie prawego fałdu nosowo-wargowego, osłabienie siły kończyny górnej prawej, zniesienie górnego prawego odruchu brzusznego, dodatni Oppenheim po stronie prawej i objawy psychotyczne jak apatja, ogólne zahamowanie, depresja, sporadycznie pojawiające się halucynacje wzrokowe przemawiają za tem, że pacjentka cierpi na kiłową chorobę mózgu. Bolesność na ucisk i opukiwanie czaszki, wrażliwość głowy przy czesaniu przemawia za periostitis luetica. Słabość umysłu, występującą w danym przypadku, należy uważać za pierwotną, nie zaś następczą, wobec czego p. Zajączkowski uważa M. za oligofreniczkę z kiłą. Należałoby się liczyć także z możliwością istnienia początkowego stadjum guza mózgu w okresie, kiedy nie daje on jeszcze objawów wzmożonego ciśnienia w jamie czaszkowej (dno oka bez zmian, brak zwolnienia tętna). O możliwości tej trzeba w ciągu dalszej obserwacji pamiętać.

Dyskusja.

P. Bielawski zwraca uwagę na okoliczność, że niektóre momenty wywiadu subjektywnego z chorą z przyczyny silnej podatności chorej do sugestji mogły być jej bezwiednie przez lekarza wmówione. Tak więc chora na odnośne pytania oświadcza, że boli ją głowa, bolą włosy przy czesaniu, oraz odczuwa bolesność przy opukiwaniu. Badanie wykazało, że opukiwanie nawet mięśnia piszczelowego przedniego kwalifikowała chora jako bolesne, gdy odnośne pytanie poddane zostało jej w postaci twierdzenia. Pozatem p. Bielawski akcentuje wygląd zewnętrzny chorej: sztywna i pochylona ku przodowi podstawa, nieco nalana twarz, nawpół rozwarte usta, sinica kończyn i ogólne zahamowanie w ruchach i w mowie. Te wszystkie objawy łącznie z innymi, wyszczególnionymi przez referenta, składałyby się na zgodną kliniczną całość w postaci encephalitis lethargica. Odosobnionym niejako objawem jest tu stwierdzony u chorej objaw parezy prawostronnej. P. Bielawski sądzi jednak, że owa pareza mogła być spowodowana innym czynnikiem chorobowym aniżeli El. (np. niegdyś przebytą chorobą mózgu). W obecnym zespole objaw powyższy jako jedyny piramidowy objaw mózgowy utrudnia różniczkowanie.

P. Piotrowski zaznacza, że obraz chorobowy u przedstawionej przez referenta pacjentki ze względu na brak kardynalnych cech dozwala różnorakie interpretacje symptomów patologicznych. Zespół tych objawów nie jest tak charakterystyczny, aby na ich podstawie można zadecydować o rozpoznaniu definitywnem. Znajdujemy je tak w kile mózgowej, jak w guzie mózgu, jak i w śpiączce nagminnej. Są to choroby organiczne. Pewnem jest, że badana wykazuje objawy organicznego zachorzenia mózgu. Chodzi tylko o właściwą segregację cierpienia. Badanie serologiczne, które należy przeprowadzić, wyświetli sprawę. Badanie ginekologiczne, chociażby ustaliło nienaruszenie stanu dziewiczości pacjentki, nie dostarczyłoby przekonywujących argumentów przeciwko kiłowemu charakterowi zachorzenia. Wypada mieć na uwadze także lues congenita.

Wszelako istnieje możliwość jeszcze innej interpretacji zespołu chorobowego. Chora ma sinicę rąk, niskie, wąskie czoło, małą czaszkę, rozwarte usta, nalaną twarz z tępym wyrazem, słabą inteligencję, wykazuje ubogie wiadomości szkolne, sugestywność. Wobec tego nasuwa się wniosek, że badana jest głuptaczką; praw-

dopodobnie w dzieciństwie przebywała zapalny proces w mózgu, po którym powstały objawy ograniczne neurologiczne, wyszczególnione przez referenta, i osłabienie umysłowości.

Do tego przyłączyła się przed miesiącami psychoza depresyjna. Mielibyśmy zatem do czynienia z imbecylką cierpiącą obecnie na melancholję. Smutek, niechęć do życia, zahamowanie ruchowe, sztywna, pochylona podstawa są spowodowane melancholją, a bóle głowy meningizmem.

P. Zajączkowski w słowie końcowem zaznacza odnośnie do wysuniętej przez p. Bielawskiego hypotezy, że nie zachodzi tu przypadek parkinsonizmu poencefalitycznego; zaznacza, że w tem zachorzeniu objawy hypertoniczne objętych kończyn z towarzyszącem silnem drżeniem poprzedzają niedowład, czego w danym przypadku nie mamy. Również i obraz zaburzeń psychicznych (halucynacje), jakie tu występują, jest nietypowy dla stanów poencefalitycznych.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance w dniu 30. III. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. NURCZYK.

P. Gawroński przedstawia dwie chore.

I. Chora L., lat 34, 25-go września 1920 była zabrana przez męża z zakładu psychjatrycznego do domu, niewyleczona. Po wyjściu z szpitala znajdowała się początkowo w stadjum osłupienia i zahamowania. W grudniu 1920 r., krótko przed porodem, stan psychiczny chorej rozjaśnił się; pacjentka zaczęła nawiązywać ściślejszy kontakt z otoczeniem i była znośna dla otoczenia. W 1923 r. dostała krwotoku płucnego, później miewała napady szału zazdrości i porywała się czynnie na męża; seksualnie stale silnie podrażniona, narzucała się stale mężowi, nie licząc się z jego słabym stanem zdrowia. Z rodzeństwem i znajomymi była w stałej kłótni, wszystko ją drażniło. W lutym 1928 r. wystąpił znowu napad szału; chora posądzała wszystkich o zamiar otrucia jej, objawiała popędy niszczycielskie i stała się tem samem niebezpieczną dla otoczenia.

Badanie nie wykazuje żadnych zmian chorobowych pod względem nerwowym. Pod względem psychicznym pacjentka słabo orjentuje się.

II. Chora F. urodziła się normalnie, w 6-tym roku życia przeszła koklusz, w 16-tym roku dostała influenzę, miała halucynacje, przy 38^0 temp. W czerwcu 1924 r. pojawiły się znowu halucynację, przedmiotem których był młodzieniec, znajomy, bywający w domu rodziców; w dwa miesiące później pojawiły się urojenia prześladowcze. Chora okazywała skłonność do ucieczki. Po 2-miesięcznym pobycie w Zakładzie Psychjatrycznym D. wyzdrowiała. Przed tygodniem halucynacje wzmogły się.

Pod względem nerwowym nie stwierdza się żadnych zmian chorobowych.
Pacjentka jest zorjentowana w miejscu, czasie i otoczeniu.

Dyskusja.

P. Bielawski, do przypadku pierwszego, wypowiada się za rozpoznaniem hebefrenji. Hyperseksualizm, który występuje u badanej, wprawdzie nie jest dla tego typu zachorzeń charakterystyczny, ale też, jak wiemy z literatury i doświadczenia klinicznego, daje się niekiedy w hebefrenji zaobserwować, a więc z takiem rozpoznaniem nie koliduje.

Do drugiego przypadku p. Bielawski zaznacza, że przedewszystkiem należałoby wyłączyć możliwość choroby organicznej, brak bowiem też jakichkolwiek objawów neurologicznych, któreby to potwierdzały, zresztą przebieg choroby (w cyklicznej formie) również przemawia przeciw temu. Tymczasem uderza u chorej pewna słabość psychiczna. Czy została ona odziedziczona, czy spowodowana infekcyjnemi chorobami, to mniejsza. Wystarcza pamiętać, że jakkolwiek by tu psychoza wystąpiła, uderzałoby w niej wspomniane tło. Chora produkuje objawy natury hypomanjakalnej, stan w psychozie histerycznej, czy przeciwnie — psychoza cykliczna w postaci omamów z przydźwiękami kompleksowego pochodzenia. Uwzględniając czynniki dziedziczenia (ojciec typowy manjak) oraz charakter i przebieg samej psychozy, p. Bielawski skłania się do drugiej alternatywy.

P. Piotrowski — do przypadku pierwszego — zaznacza, że obserwatora uderza u chorej dysocjacja myślowa, nieuporządkowany bieg myśli, brak celowości w mowie i czynach, brak kontaktu przedmiotowego z otoczeniem; nastrój nie odpowiada treści myślowej i sytuacji badanej. Objawy te przemawiają za hebefrenją, występującą okresowo („schubweise“).

W przypadku drugim, ze względu na rokowanie — pacjentka jest ukochaną córką rodziców żyjących w obawie o los dziecka — należy dokładnie różniczkować przejawy psychotyczne i ew. wykluczyć schizofrenję. Badana wykazuje wprawdzie objawy, które na pozór imponują jako schizofrenijne, jak np. negatywizm, ubóstwo myślowe, nawracanie do jednego przedmiotu, powtarzanie się, wrogie nastawienie do ojca, urojenie, że rodzice nie są jej rodzicami prawdziwymi itp. Atoli objawy te nie sięgają głęboko, są tylko powierzchowne; badana mimo negatywizmu pozornego okazuje żywe zainteresowanie światem zewnętrznym, umie się łatwo przystosować do otoczenia. Należy mieć na uwadze okoliczność, że choroba nastąpiła bezpośrednio po silnym wstrząsie (nieszczęśliwa miłość, teatralne zachowanie się pacjentki i łatwe uleganie cudzym wpływom). Podobny stan chora przechodziła już raz przed 4 laty, także wskutek silnego wstrząsu wzruszeniowego. Po chorobie pacjentka wróciła do zdrowia, nie wykazując najmniejszych śladów psychotycznych. Wobec tego należy przyjąć u badanej psychozę reaktywną z rokowaniem pomyślnem.

Posiedzenie naukowe lekarzy w Dziekance, w dniu 6 IV 1928 r. z udziałem gości.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. RUTENDOLLF - PRZEWOSKI.

I. **P. Gawroński** wygłasza referat na temat: Higjena psychiczna wobec dziecka-przestępcy.

Prelegent zaznacza na wstępie, że dziecko na ławie oskarżonych świadczy o niskim poziomie kulturalnym i cywilizacyjnym środowiska, które wyhodowało młodocianego przestępcę, i podkreśla doniosłe znaczenie higjeny dziecięcej wogóle, psychicznej zaś w szczególności jako potężnego czynnika, wpływającego już to na zmniejszenie przestępczości dziecka, już to na złagodzenie losu dziecka-przestępcy, oraz budzącego realne nadzieje, że dzięki przybierającym na ekstensywności i intensywności wpływom higjenicznym na życie dziecka zjawisko przestępczości u dziecka zredukuje się do minimum.

Zobrazowawszy zakres działalności higjeny psychicznej w zastosowaniu do dziatwy normalnej i nienormalnej, mówca wskazuje na rolę profilaktyki psychicznej wobec dziecka-przestępcy, która

krystalizuje się już w pewne formy prawne i wywiera wpływ na procedurę sądową, oraz przytacza postępowanie prawa w tym względzie we Francji, Belgji oraz projekty prawne dotyczące nieletnich w Polsce.

Na zakończenie prelegent wysuwa szereg postulatów leczniczo-wychowawczych i higjenicznych w stosunku do dziatwy obciążonej psychicznie i pochodzącej z rodzin przestępczych, postulatów, zmierzających do zapobiegania przestępstwom u nieletnich.

II. **P. Bielawski** wygłasza referat na temat: „Poczytalność“.

Referent na wstępie daje charakterystykę znaczenia tego pojęcia w systymie prawno-karnym.

Za czyn przedmiotowo karalny odpowiedzialny może być sprawca jedynie wtedy, jeśli zaistnieje po jego stronie szereg momentów psychicznych niezbędnych dla wypełnienia pojęcia poczytalności. Ustawy karne ujmują to pojęcie albo kryterjami woli, albo też kryterjami rozpoznawczymi, względnie stawiają wymagania, by stan psychiczny sprawcy wypełnił oba te Kryterja naraz.

Referent wykazuje na kilku przypadkach zachorzenia psychicznego, że kryterja prawnicze uchylające poczytalność nie pokrywają się bynajmniej ze stanami psychicznymi chorobowej natury, które zdolne są zrodzić czyn karalny właśnie dlatego, że poszczególne składniki psychiczne działania noszą cechy chorobowe. Jako przykład przytacza referent niektóre czyny popełniane wskutek obłędu prześladowczego, oraz wskutek otępienia wzgl. upośledzenia moralno-etycznych elementów psychicznych. Również stany upojenia, mimo że nieomal z reguły musiały by one zasługiwać na otaksowanie jako stany niepoczytalności, znajdują się poza nawiasem niepoczytalności in concreto.

Referent wyraża mniemanie, że trudność w zdefinjowaniu kryterjów niepoczytalności nie polega bynajmniej na warunkach technicznych, lecz przeciwnie — spowodowana jest nieszczęśliwem ujęciem samej tezy odpowiedzialności. Gdyby bowiem dotychczasowy system — wina i odpłata — był zastąpiony zasadą karania opartą wyłącznie na podstawach utylitaryzmu, — natenczas pojęcie poczytalności straciłoby znacznie na aktualności, ważniejszem bowiem od jej stwierdzenia stałoby się zagadnienie, jakie psychologiczne znaczenie dla sprawcy wzgl. dla ogółu miałoby stosowanie danej kary.

Na zakończenie referatu, p. Bielawski przedstawia w postaci wykresu stosunek biopsychicznie przeciętnie wyposażonej jednostki do społecznego ogółu z punktu widzenia ewtl. konfliktów karnoprawnych pomiędzy jednostką i społeczeństwem, a wypływających z indywidualnych właściwości psychicznych przeciętnej jednostki, związanych z jej wiekiem.

Dyskusja.

P. Piotrowski zwraca uwagę na szczegół, że p. Gawroński w swym referacie stawia na równej platformie dziecko z młodocianym przestępcą. Mówca uważa takie zrównanie dwóch okresów rozwojowych za nieracjonalne; prawo bowiem określa ściśle granice dziecka, a o młodocianym przestępcy mówi oddzielnie.

Co do odnośnego ustawodawstwa w Polsce, mówca zaznacza, że postęp w tej dziedzinie jest bardzo poważny.

Do tematu drugiego, omówionego przez p. Bielawskiego, p. Piotrowski wywodzi, że ani nauka ani prawo dotychczas nie stawiały granicy między chorobą, a zdrowiem. Tem się tłómaczy fakt, że w orzecznictwie sądowo-psychjatrycznem w przypadkach niewyraźnych opinje biegłych w przedmiocie choroby psychicznej u przestępcy niekiedy są z sobą sprzeczne.

W przedmiocie „moral insanity“ mówca zaznacza, że Sąd Rzeszy nie uznaje tej jednostki psychotycznej za chorobę psychiczną wykluczającą poczytalność. Tylko jako objaw ciężkiego upośledzenia psychicznego, np. ciężkiej psychopatji, jako symptom psychotyczny występujący na tle ciężkiego schorzenia psychicznego a raczej jako jego wypływ, — moral insanity może być stawiana na równi z chorobowem zaburzeniem czynności psychicznych wykluczającem swobodne kierowanie wolą.

P. Piotrowski wskazuje na pacjenta K., którego p. Bielawski przedstawił, jako na osobnika z osłabionem poczuciem moralnem; gdyby np. pacjent ten po osiągnięciu pełnoletności popełnił czyn karygodny, trudno byłoby przekonać Sąd o jego niepoczytalności, albowiem badany poza przejawami moral insanity nie wykazuje żadnych innych chorobowych zaburzeń psychicznych wykluczających wolną wolę.

P. inż. Maj wywodzi, że prawnicy oraz lekarze psychjatrzy ustalają wspólnie normy przestępczości u dzieci. Poglądy są bardzo różne; bo, gdy prawnik rozpatruje sprawę z punktu zabezpieczenia społeczeństwa i jego własności od szkody, i temi pobud-

kami prawie wyłącznie się powoduje, to psychjatrja uzależnić pragnie karalność przestępcy małoletniego od stanu psychicznego sprawcy. Ta rozbieżność w przesłankach powoduje nieporozumienia między przedstawicielami orzecznictwa sądowo-psychjatrycznego a przedstawicielami sądownictwa. Przy tego rodzaju problemach zapomniano właściwie o przyczynie sporu i o czynniku bardzo ważnym, który powoduje przestępczość. P. inż. Maj rzuca pytanie, czy młodzieniec, więc człowiek 13-17. letni, który nie miał sposobności poznać prawa i obowiązków względem społeczeństwa i nie poznał pojęć moralnych, gdyż wychował się na ulicy i w kinie na przykładach po mistrzowsku przeprowadzonego mordowania bliźniego, kradzieży, rozboju i tryków akrobatycznych, — czy taki młodzieniec, tem zachwycony, może odpowiadać za czyn według kodeksu karnego? Świat lekarski i prawniczy musi wyłonić tu akcję uświadamiającą w tym kierunku, by wykazać zgubność tej szkoły wychowawczej.

P. Zajączkowski odnośnie do przytoczonego przez p. Piotrowskiego orzeczenia Sądu Najwyższego Rzeszy Niemieckiej, iż stwierdzenie przez biegłego u oskarżonego „moral insanity" nie upoważnia Sądu do uznania sprawcy na tej podstawie za niepoczytalnego, — wyraża następujące mniemanie: wyżej wzmiankowane orzeczenie Sądu Rzeszy było wydane w czasach, kiedy nie znano jeszcze choroby „encephalitis lethargica" i jej dość częstej, szczególnie u dzieci zachodzącej, postaci zejściowej, najzupełniej pokrywającej się z głuptactwem moralnem w ciężkiej psychopatji. Fakt ten, że u ludzi poprzednio zupełnie zdrowych z całkowicie wykształconem poczuciem moralności, po przebyciu choroby gorączkowej, nagle rozwija się daleko posunięte zwyrodnienie moralne, jest tak demonstracyjny i przekonywujący, że nietrudno byłoby obecnie lekarzowi dowieść sędziemu istnienia chorobowego tła antyspołecznych popędów nietylko w głuptactwie moralnem poencefalitycznem, ale „per analogiam" i w moral insanity na tle psychopatji konstytucjonalnej.

P. Bernadzikowski nadmienia, że nowe ustawodawstwo dotyczące dziecka będzie stało na wysokim poziomie tak samo jak we Francji, w Belgji, Angli i Szwajcarji.

P. Gawroński w słowie końcowem tłómaczy, że mówiąc o dziecku, ma na myśli dziecko pod względem biologicznym t. j. istotę młodocianą pozostającą dzieckiem tak długo, jak się rozwija, i tak długo winna być wychowywana, a nie karana za przestępstwo.

P. **Bielawski** w słowie końcowem wyjaśnia, że jedynie brzmienie ustawy jest dla Sądu wiążące. Orzeczenie Sądu Rzeszy wzgl. Sądu Najwyższego służy tylko dla orjentacji. Kara sądowa jako jedyna instancja bierze sobie pewien odwet i kieruje się jakby zemstą za czyn przestępczy. W społeczeństwie te instynkty atawistyczne już zaginęły. Sąd czasem karze pomimo, że wie, iż kara ta przynosi skazanemu szkodę i nie będzie miała charakteru poprawczego. Jako przykład przytacza referent sprawę pewnego szofera, który przejechał nieumyślnie kobietę i został za to zasądzony na trzy lata więzienia; napewno szofer, stykając się w więzieniu z różnymi prawdziwymi przestępcami, nie odniesie z tego korzyści dla swego charakteru. Takie więc stosowanie kary wobec osobnika bez skłonności przestępczych jest społecznie niepraktyczne.

Panu Gawrońskiemu p. Bielawski odpowiada, że ustawa dla małoletnich przyjmująca za zasadę wychowanie, lecz nie karanie, istnieje i obowiązuje dziś nietylko w Belgji i Francji, lecz również w całym szeregu innych państw.

Posiedzenie kliniczne lekarzy w Dziekance dnia 13. IV. 1928 r.

Przewodniczący: p. PIOTROWSKI. Sekretarz: p. RUTENDOLLF - PRZEWOSKI.

I. P. **Bielawski** przedstawia pacjenta J. T., z zawodu agronoma, lat 29, dziedzicznie obarczonego ze strony ojca (siostra dziadka od 30-go roku życia aż do śmierci cierpiała na manję religijną, pradziadek był umysłowo chory). Matka miała 10 porodów, pierwsze troje dzieci zmarło w wieku dziecięcym na meningitis, 9-te było poronione w trzecim miesiącu, jedna córka jest zdrowa, inne córki są nerwowe, hypochondryczki, jedna okazuje nienawiść rodzinną, druga ucieka z domu.

Pacjent od dzieciństwa był bardzo powolny, rozwijał się powoli, miewał w dzieciństwie konwulsje, w 14-tym roku życia przechodził szkarlatynę, prócz tego koklusz i odrę, przed ca. dwoma laty miał kiłę i leczył się malarją w klinice chorób nerwowych. W gimnazjum nie interesował się zbytnio nauką, natomiast okazywał zamiłowanie do muzyki. Nauczyciel jego mówił, że J. „nie jest taki głupi jak wygląda“. Przed rokiem, nawet — jak matka podaje, pewnie już od 4 lat, bo wtenczas poszedł na „złą drogę“, — T. zachorował psychicznie.

Badany wykazuje asteniczno-akromegaliczny typ somatyczny. Kształt czaszki jest zlekka wieżyczkowaty z odsadzonem czołem i kostną asymetrją twarzy o wyglądzie maskowatym, kończyny dolne i górne są długie i silne; od czasu do czasu pojawia się grubofaliste drżenie prawej ręki, trzymanej w sposób ręki typowo parkinsonowskiej, palce jednak nie wykonują ruchów „kręcenia pigułki". Niekiedy występuje włókienkowe drżenie poszczególnych mięśni, jak sternocleidomastoideus, maseter, pectoralis maior. Czucie głębokie na ból i czucie na przypalenie jest znacznie przytępione. W kończynach dolnych występuje hypertonja. Odruchów podeszwowych brak.

Chory orjentuje się dostatecznie co do miejsca pobytu, słabo co do czasu, jest zahamowany, jakby zamyślony, mówi bardzo powoli i przyciszonym głosem, czasem odpowiada po kilkakrotnem powtórzeniu pytania, trzyma się na uboczu, z nikim nie rozmawia, unika towarzystwa. Poważnie i z uśmiechniętą miną zapowiada, że chce popełnić samobójstwo przy pomocy krzesła elektrycznego, „gdyż to jest najpewniejszą, bo to już próbował". Sen ma dobry; do jedzenia trzeba pacjenta przymuszać.

Podczas demonstracji badany odpowiada rozwlekle, głosem namaszczonym, powolnym, że przebywa tu na leczeniu. Uważa, że jest jeszcze „coś nerwowy", że byłoby wskazane cokolwiek się odseparować, ażeby te podniecenia nerwowe „ustabilizować". Podniecenia ujawniają się jako „prądy", wstrząsy, jako momenty strachu. Pytany, czy słyszy głosy, badany podaje, że „słyszy coś jakby radjo, szmery, że są to takie rzeczy, które czasem przyjdą, czasem odchodzą, czasem się ścierają", dla tego — „chciałby być odseparowany i izolowany". Pytany o czas, pacjent podaje dzień niedokładnie — 15-y, miesiąc — „październik albo marzec, sądząc z fauny". Rok — 1925, 1929. Podsunięty rok 1928 przyjmuje jako „może 1928", przyczem chwyta się za głowę, jak gdyby myślenie mu przychodziło bardzo trudno, i skarży się na czasową utratę pamięci. Pytany, czy ma bóle głowy, badany tłómaczy, że „czasem to są bóle, czasem zaś powodowane tem, że niepotrzebnie się ociera". Bólu przy przypaleniu nie czuje, „ponieważ czuje się więcej ogółem niż jednostką i dla tego na takie objawy nie reaguje".

II. P. **Zajączkowski** przedstawia pacjentkę Z. S., lat 38, żonę kupca, wyznania mojżeszowego, matkę dwojga dzieci płci męskiej w wieku lat 3-ch i 13-tu. Siostra matki chorowała przej-

ściowo na psychozę reaktywną. W rodzinie mają wszyscy na oczach plamy koloru niebieskiego. W dzieciństwie S. nie chorowała; podczas wojny przechodziła trachomę i w 1920 roku grypę. Skończyła gimnazjum, wyższe kursa i akuszerję, chodziła do szkoły dramatycznej, deklamowała na wieczorkach, była dbałą żoną i kochającą matką, ale zawsze bardzo nerwową i nieco egzaltowaną. Choroby płciowej nie przechodziła. Pacjentka jest cielesnie zdrowa, ma twarz asymetryczną, w oczach obscurationem corneae, przez którą trudno widzieć kontury źrenic lekko zniekształconych.

Wynik badania ginekologicznego nie wykazał żadnych zmian przemawiających za przedwczesnem przekwitaniem.

Choroba psychiczna u pacjentki rozpoczęła się przed 10-ciu tygodniami. Chora zemdlała kilka razy na dzień i była bardzo zdenerwowana, telegrafowała po męża, że jest ciężko chora. W tydzień później zwierzyła się przyjaciółce, że mąż ją zdradza, że ma przyjaciółki, że wszyscy się z niej wyśmiewają. Od tej pory stan stale się pogarszał. Pacjentka zaczęła się odnosić wrogo do męża, protestowała przeciwko nazywaniu jej nazwiskiem męża, przybrała nazwisko panieńskie, zarzucała mężowi, że utrzymuje stosunki z różnemi kobietami, że ją chce zabić, uważała się za zasądzoną na śmierć, słyszała jak na nią dzwonią, prowadzą „na szafot", widziała grób, gdzie ją położą. Miała halucynacje wzrokowe i słuchowe. W jakiś czas później miała myśli samobójcze i usiłowała się otruć. W zakładzie zachowuje się nieufnie i wrogo wobec pielęgniarek; lekarzowi zarzucała, że ją ironizuje, że jej nie rozumie, że „tu siedzi człowiek, z którego serca i ciała krew się leje", że ona jest ofiarą, że jej grób grzebią. Dnia, miesiąca, roku — nie pamięta, gdyż „tyle przeżyła, że już wszystko zapomniała". Słyszy głosy dwóch staruszek, które ją bardzo irytują, gdyż powiadają, że jest kobietą lekkiego prowadzenia. Tak też zdawało się jej i już chciała się utopić. Zdawało się jej także, że ptaki śpiewają dla niej i że wrony jej kraczą, że wszystkie aeroplany za nią latają, zdaje się jej, jak by to wszystko do niej należało. Sądzi, że jedno z jej dwojga dzieci umarło lub że je zamordowali i że ukrywają ten fakt przed nią. Wobec męża, przywożącego jej różne przysmaki, chora odnosi się obojętnie, przytem domaga się, żeby przyjechał z dziećmi. Mimo odwiedzin męża z dziećmi badana dalej wyraża podejrzenie, że z dziećmi się coś złego dzieje.

Przy demonstracji pacjentka siedzi z pochyloną głową, przygnębiona, mówi po cichu. Na pytanie, czy chciała by powrócić do domu, chora odpowiada, że to od niej nie zależy. Słyszy jeszcze głosy, które mówią jej, że mąż ma inną żonę, że jak nie dostanie rozwodu, to weźmie cywilny ślub, słyszy także głos dziecka wołającego „mama, mama“. Skarży się na męża, że cały czas się ukrywał, że obiecał przywieść dzieci, że to nie jest zachowanie się męża, tłómaczy, że mąż chce się rozwieść, bo pytał się, czy się już od niego odzwyczaiła. Pod wpływem perswazji lekarza, że mąż nie chce rozwodu, że tylko ją kocha, pragnie, żeby wnet wyzdrowiała i powróciła do domu, — badana nie oponuje, zastanawia się i mówi, że nie wie, może jej się wydaje, ale dla czego mąż nie przyjeżdża z dziećmi.

Referent wyraża mniemanie, że pacjentka cierpi na parafrenję, ze względu na liczne urojenia prześladowcze i urojenia zazdrości występujące pod wpływem halucynacji, również i nastawienie pacjentki wybitnie paranoidalne przemawia za tem rozpoznaniem. Chora odnosi wszystko, co się koło niej dzieje, wszelkie rozmowy, do własnej osoby i tłómaczy je w sposób dla siebie niekorzystny i wrogi.

III. Następnie p. **Zajączkowski** przedstawia Z. J., lat 23, córkę urzędnika, który lubił pić i cierpiał na cukrzycę. Badana nie przechodziła żadnych chorób infekcyjnych, rozwijała się normalnie, chodziła 9 lat do liceum i wyszła z 4-tej klasy, zostawając kilka razy na 2-gi rok. Do I. Komunji św. przystąpiła, mając lat 11. Nie lubiła się bawić z innemi dziećmi, unikała towarzystwa, była uparta, bojaźliwa. Choroba psychiczna zaczęła się od bezsenności i bólu głowy w skroniach i rozwijała się powoli. Chora mówiła do siebie pocichu, często bez sensu, siedziała bezczynnie, dużo się modliła, poczem zaczęła się oddalać z domu.

U pacjentki uderza szerokie czoło i stosunkowo duże ucho, wyraźna asymetrja twarzy przy uśmiechu, flexibilitas cerea, wygląd infantylny. Czucie na ból jest wyraźnie osłabione. Na polecenie badana wysuwa język i nie cofa go, mimo że lekarz grozi, że chce go przebić szpilką. Wyraz twarzy badanej jest otępiały, powieki są opuszczone, od czasu do czasu chora grymasi. Datę urodzenia pamięta, na pytanie o czasie i miejscu pobytu odpowiada błędnie, przedmioty i godzinę na zegarku oraz porę roku podaje mylnie. Twierdzi, że ma lat 21, że matka umarła przed trzema laty, w roku 1919, że mamy rok 1921. Na pytanie,

kto rządzi w Warszawie, podaje raz Piłsudskiego, drugi raz — Chrobrego. Gdzie widziała Piłsudzkiego — „na łóżku“. Do Zakładu przyjechała, bo jest chorą, „głowa i mózg“ ją bolą, sądzi, że się tu wyleczy, bo jej się tu podoba. Innym razem powiada, że przyjechała tu „bawić się“. Głosów nie słyszy, czasami wpatruje się w ścianę, jak gdyby tam coś widziała, chodzi często po sali, jak gdyby czegoś szukała, okresowo jest zahamowana, wtedy nie daje odpowiedzi na pytania, innym razem wchodzi uśmiechnięta do pokoju badań, przegląda się w lustrze i koryguje odzież, uśmiecha się zalotnie do lekarza, naraz parska śmiechem, to znowu robi wrażenie, jak gdyby była w ekstazie, błogo uśmiechnięta, przeciąga się, tak, że kształty ciała się uwydatniają, przeciera oczy jak senna. Robi wrażenie, że znajduje się w jakiejś miłej urojonej sytuacji, którą z przyjemnością przeżywa.

Takież samo wrażenie odnosi się podczas demonstracji pacjentki. Zapytana, co się jej tak podoba, odpowiada, „że tu jest tak ładnie“. Pacjentka jest niezupełnie zorjentowana, wygląda jakby lekko odurzona, a stan pewnej ekstazy, w jakiej się J. znajduje, nasuwa myśl, że chora uciekła przed rzeczywistością w psychozę. W stanie tym trwa parę tygodni; postępowanie jej tworzy pewną psychologiczną całość i robi wrażenie wybitnie kompleksowe. Wszystko to przemawia za kwalifikowaniem tego stanu patologicznego jako zamroczenia histerycznego.

Dyskusja.

P. **Bielawski** w przypadku pacjentki S. podkreśla objaw „Deutungswahn“, który jest charakterystyczny dla psychozy paranoidnej. Omamy chorej nie dotyczą jedynie tematu zazdrości, lecz dają obraz różnorodnych omamów przykrej i prześladowczej treści. M. in. chora często słyszy głos córki rzekomo torturowanej przez nieznane jej osoby. P. Bielawski zdaje sobie jednak sprawę, że przypadek nie przedstawia typowej parafrenji. W szczególności uderza okoliczność, że choroba powstała podobno nagle. Są jednak pewne dane, że wywiad nie był dość ścisły i dość bezstronny i dla tego należy przyjąć go z zastrzeżeniem.

W przypadku pacjentki J. p. Bielawski nadmienia, że na wyszczególnienie zasługuje tu objaw t. zw. „Vorbeireden“; mówca przychyla się także do rozpoznania: zamroczenie histeryczne.

P. **Piotrowski** zwraca uwagę na ramzesowy typ twarzy chorego T., i na objawy schizofrenijne. W przeciwieństwie do

p. Bielawskiego p. Piotrowski w tym przypadku kładzie nacisk raczej na objawy psychiczne niż na cielesne. Objawy parkinsonowskie u chorego uważa za akcesoryjne. Wynik badania serologicznego wykaże, czy w danym przypadku nie zachodzi ewtl. lues congenita, za czem przemawia ogólna słabość cielesna i umysłowa, cechująca pacjenta od dzieciństwa.

W przypadku pacj. S., p. Piotrowski wywodzi, że aczkolkolwiek halucynacje i urojenia prześladowcze, jakoteż nastrój przygnębiony przy braku dysocjacji myślowej wskazują na parafrenję, to jednak przeciwko parafrenji przemawia ta okoliczność, że chora nie broni swego stanowiska; przytem nie okazuje nieufności, cechującej parafreników, ale pod wpływem perswazji zaczyna wątpić o prawdziwości twierdzeń swoich i na temat swoich urojeń dopuszcza dyskusję. Z parafrenikiem natomiast rzeczowa dyskusja nie jest możliwa. Halucynacje i urojenia zachodzą nietylko u parafreników, lecz i w innych psychozach. Ponieważ w przypadku niniejszym przedewszystkiem urojenia zazdrości opanowały całą istotę chorej, przeto p. Piotrowski kwalifikuje psychozę u S. jako obłęd zazdrości („Eifersuchtswahn") u niewiasty znajdującej się w początkowym okresie przekwitania. Dalszy przebieg choroby wykaże słuszność tej koncepcji albo tamtej. Jeżeli choroba się pogorszy i przejdzie ze stanu przygnębienia w stan manji z urojeniami wielkości, z opryskliwością i podnieceniem, będzie to decydowało o parafrenji.

W przypadku pacjentki J., p. Piotrowski zwraca uwagę na szczegół, że u oligofreników — J. jest oligofreniczką lekkiego stopnia — stwierdza się często dobrą, a nawet bardzo dobrą pamięć i zdolność do zapamiętywania, zdolność do uczenia się czegoś na pamięć, zupełnie zaś brak zdolności do abstrakcyjnego myślenia. Przyjęcie oligofreniczki J. już w jej 11. roku życia do I. komunji św. nasuwa myśl, że J. potrafiła wyuczyć się na pamięć katechizmu i tym sposobem wyjednała sobie uprawnienie do rychłego przystąpienia do komunji św.

P. Bielawski w słowie końcowem robi uwagę, że pacjent T. zdradza neurologicznie szereg objawów, przemawiających za schorzeniem jąder podkorowych (thalamus i striatum). Psychicznie przejawia badany objawy zaburzeń kojarzenia zarówno w dziedzinie myśli jak uczuć. Choroba rozwija się nader wolno. Już jako dziecko pacjent był intelektualnie niedorozwi-

nięty, odludny i cichy. Morfologicznie przedstawia typ tak często spotykany przy dziedzicznej kile mózgu, która m. in. poraża przysadkę mózgową (acromegalia, upośledzenie wzroku, cechy asteniczne). Uwzględniając wywiad, z którego wynikałoby, że ojciec pacjenta chorował na syfilis, uwzględniając dalej obraz kliniczny, jak też symptomatologję zakażenia, p. Bielawski uważa, iż mamy do czynienia z przypadkiem dziedzicznej kiły, przejawiającej się neurologicznie w postaci parkinsonoidu, a psychicznie — dającym zespół hebefreniczny. Przypadki takie znane są w literaturze i stanowią pod względem symptomatologicznym niejako pomost pomiędzy parkinsonizmem poencefalitycznym, a zwyrodnieniem psychicznem hebefreno-katatonicznego typu.

Streszczenia i Oceny.

Dr. Jan Żniniewicz, Dr. Janina Żniniewiczówna: Wodolecznictwo a nerwy. Poznań 1930, „Ostoja", Księg. i Druk.

Praca ta, którą autorzy nazywają propedeutyką do badania hydroterapji, przedstawia w czterech częściach najważniejsze wyniki ich doświadczeń z przeszło dwudziestoletniej praktyki wodoleczniczej.

W części I. jest mowa o zasadach hydroterapji, treść części II. przedstawia cel i zadania wodolecznictwa, część III. zawiera uwagi na temat, jak należy myć i kąpać się oraz hartować, wreszcie w części IV. przedstawiony jest stosunek lekarzy do wodolecznictwa.

Książka ma treść bogatą i zajmującą, a co ważniejsza, pożyteczną, więc zasługuje na pełne uwzględnienie i uznanie. Pojawienie się jej należy powitać z zadowoleniem. Autorzy wzbogacili polskie piśmiennictwo lekarskie cennym przyczynkiem.

Rozprawa Żniniewiczów skierowana jest w pierwszym rzędzie pod adresem lekarzy. Przedmiot traktowany w niej ma jednakże znaczenie ogólniejsze, szersze, to też wzbudza zainteresowanie nietylko u fachowców, lecz może stanowić dla każdego, co się interesuje wodolecznictwem i pragnie poświęcić się tej gałęzi terapji, ożywiające źródło wiadomości. Dużo tam jest cennych wskazówek.

Wywody o terminologji w wodolecznictwie są pouczające i przekonywujące.

Obfita treść, w jasny sposób przedstawiona, zapewni książce powodzenie i poczytność.

Nie stoją temu na przeszkodzie niektóre uwagi i twierdzenia autorów, które czytelnik krytyczny przyjmie tylko z pewnemi zastrzeżeniami. Nie wchodząc w polemikę szczegółową (np. w sprawie mycia twarzy zimną wodą), ponieważ nie tu miejsce po temu, wypada z naszego stanowiska dorzucić parę słów do rozdziału o psychozach (część II. 2), który zawiera zapatrywania niezgodne z doświadczeniem psychjatrycznem.

Wodolecznictwo w psychjatrji nie stanowi i nie może stanowić środka uniwersalnego, przedstawia ono tylko jeden czynnik leczniczy między wieloma innymi, dla tego psychjatra nie zajmuje się wodolecznictwem w tej mierze, co zawodowy hydjatra, albowiem ma on inne zadania do spełnienia; podręczniki psychjatryczne mają za cel zapoznanie czytelnika z przejawami psychotycznymi, nie zaś z hydjatrją. A jednak niektórzy autorzy poświęcają w swoich podręcznikach psychjatrycznych dość miejsca hydjatrji (cfr. Kraepelin: Psychjatrja I.). Hydjatrja w psychjatrji była oddawna stosowana, a przed 100 laty odgrywała jako środek poskramiający niespokojnych pacjentów dominującą rolę; wodę stosowano nader obficie przy każdej sposobności w różnych formach aplikacyjnych na udrękę chorych. Obecnie stosuje się hydjatrję z umiarkowaniem, zależnie od istoty cierpienia i reakcji chorego na bodźce hydjatryczne.

Wyniki hydjatrji nie są jednakowe, tak jak i zresztą wyniki innych zabiegów terapeutycznych; są one dodatnie albo ujemne, nie wypada więc przypisywać wodolecznictwu znaczenia ogólnego, powszechnego. Doświadczenie uczy bowiem, że woda — tak jak inne środki lecznicze (np. malarja, salwarsan etc.) — w jednym przypadku tej samej kategorji chorobowej działa skutecznie, w drugim przypadku niema wyników dodatnich.

Liczni pacjenci psychotyczni wracają do pracy zawodowej bez terapji hydjatrycznej, a w innym przypadku chorzy z ostrymi objawami psychotycznymi, w chwili wystawiania świadectwa lekarskiego uznani jako osoby potrzebujące opieki zakładowej, do zakładu nie przybyli, lecz pozostali w opiece domowej, nie poddając się leczeniu hydjatrycznemu; wobec tego twierdzenie autorów, że cytowane przez nich przypadki uniknęły internowania tylko dzięki przebytej kuracji hydjatrycznej, nie jest przekonywujące.

Djagnostyka psychjatryczna na szerokim świecie szwankuje niezmiernie co do ścisłości, mianowicie w przedmiocie schizofrenji; djagnoza schizofrenji jest dzisiaj w modzie, to też często pacjenci zgłaszają się do zakładu psychjatrycznego pod firmą schizofrenji, choć nie są schizofrenikami. Zachodzą zatem uzasadnione wątpliwości co do istoty chorobowej przypadków „schizofrenji“, leczonych przez autorów.

AL. PIOTROWSKI - Dziekanka.

Max Levy — Suhl: Die seelischen Heilmethoden des Arztes (Psychoterapeutyczne metody leczenia). 1930, Wyd. Ferdynand Enke, Stuttgart.

Przebogate piśmiennictwo traktujące o psychoanalizie rozwinęło się do pokaźnych rozmiarów i rośnie z dnia na dzień dzięki ogólnemu zainteresowaniu dla przedmiotu. Na półkach księgarskich pojawiła się nowa książka z tej dziedziny. Berliński psychoanalityk, Levy - Suhl, autor rozpraw o hypnozie, o młodocianych przestępcach, o nowych drogach w psychjatrji i in., wydał dzieło przeznaczone dla szerokich kół lekarskich, w którem omawiane są metody leczenia psychicznego. Autor nazwał pracę tę nauką o człowieku neurotycznym.

Książka Levy - Suhla obejmuje w dwóch częściach i pięćdziesięciu rozdziałach całokształt wiedzy o psychoanalizie.

W części I — ogólnej — autor przedstawia psychopatologję i istotę neurozy, wskazuje na ambiwalentne nastawienie chorego do cierpienia, nakreśla granice między neurozą a psychozą (man. — depr.), definjuje teorje neurozy, uwypukla kryterja składające się na pojęcie freudowskiego „nieświadomego", tłómaczy właściwości i maskowanie przez neurotyka konfliktów wywołujących zachorzenie neurotyczne, i podkreśla charakter reaktywny neurozy.

W następnych rozdziałach jest mowa o ujemnych skutkach niewłaściwej djagnozy i ordynacji lekarskiej; wywody te są ilustrowane przykładami błędnego rozpoznania choroby organicznej zamiast neurozy. Levy - Suhl podnosi statystyczną przewagę przypadków neurotycznych w praktyce internistycznej, podaje, co neurotyk uważa jako rzekomą przyczynę swojej choroby i jak sobie wyobraża jej powstanie, wymienia kliniczne postacie i przejawy neurotyczne w ogólności, porusza problem leczenia neurotyków w praktyce kasowej, zastanawia się nad różnokształtnymi objawami, formami i odmianami neurotycznych stanów lękowych i uczucia winy u dzieci i dorosłych i stwierdza uniwersalne znaczenie dla tych stanów osławionego kompleksu Edypa; w związku z tem poświęca szereg rozdziałów sprawie wczesnego doznawania w dzieciństwie wzruszeń o charakterze seksualnym i ich wpływu na późniejsze życie, określa stanowisko symptomów w systemie neurotycznym, kwalifikuje

istotę neurozy z punktu widzenia teleologicznego, konstruktywno-psychologicznego i metafizyczno — etycznego.

W części II — systematycznej — autor analizuje metody psychoterapeutyczne, wysuwając jako główny temat oczywiście metodę psychoanalityczną Freuda, dla której przeznaczył dużo miejsca i o której referuje w obszernem i szczegółowem sprawozdaniu.

Czytamy na wstępie o zasadach ogólnych leczenia psychicznego (psychoterapia salvatrix), o homiletyce lekarskiej, o wspólnej podstawie terapeutycznej metod Freuda, Adlera, Junga, Stekela, o metodzie „zakrywającej“ i „odkrywającej“, o perswazji, hypnozie i suggestji na jawie, o katartycznem badaniu psychoanalitycznem (Breuer — Freud).

Autor rozpatruje ogólne zadania psychoanalizy i sposoby jej praktycznego zastosowania, wyjaśnia kwestję zjawiania się sennych marzeń i ich użyteczności psychoanalitycznej, charakteryzuje metodę indywidualno — psychologiczną Adlera, jej teorję i zastosowanie, wspomina o szkole zurychskiej, w szczególności o „metodzie psychologji analitycznej“ Junga.

W książce Levy - Suhla spotykamy — jak widać — starych znajomych, ubranych w nowe szaty, rzeczy ciekawe, zestawione w barwny obraz, oprawiony w piękne ramy. Treść książki ułożona systematycznie i przedstawiona jasno, zrozumiale, zwięźle i przejrzysto, reprezentuje dotychczasowy dorobek wiedzy psychoanalitycznej. Autor uwzględnia w niej ideje i teorje najpoważniejszych przedstawicieli fachu z Freudem, Breuerem, Jungiem, Adlerem i in. na czele. Przed czytelnikiem przesuwają się postacie, które w ostatnich dziesiątkach lat wywierały potężny wpływ na kierunek myśli i pobudzały świat lekarski do ożywionych dyskusji. Wywody swoje autor ilustruje licznymi przykładami z praktyki własnej i cudzej i okrasza je cytatami poetyckimi (Goethe, Schiller) i filozoficznymi (Kant, Hegel, Nietsche — filozofujący poeta). Czytelnika zaciekawia szczegół, że niema wzmianki o Edwardzie Hartmannie, twórcy „filozofji nieświadomego“ (Philosophie des Unbewussten, 3 tom), który przez fenomen „nieświadomego“ (a nie „podświadomego“), odgrywający tak poważną rolę w nauce o psychoanalizie, jest ściślej z nią złączony niż Kant lub Hegel. Niezależnie od pozytywnego czy negatywnego nastawienia czytelnika do freudzistów, wypada zaznaczyć, że pojawienie się książki jest na

czasie. Praca ta zasługuje na pełne uwzględnienie, albowiem pobudza ona czytelnika do zastanowienia się nad problemem chorej duszy ludzkiej i jej leczenia.

AL. PIOTROWSKI - Dziekanka.

K. Wickel: Die Heilanstalt für Geisteskranke (Zakład dla psychicznie chorych). „Handbücherei f. das gesamte Krankenhauswesen" Bd. II. Wydawca Adolf Gottstein, Nakład Julius Springer, Berlin.

Autor daje opis nowoczesnego szpitala psychjatrycznego i dzieli temat na następujące rozdziały:

1) Uwagi ogólne, 2) budowa Zakładu, 3) domy specjalne, 4) organizacja służby lekarskiej, 5) lecznictwo.

Na początku swej rozprawy autor wymienia dane ogólne, dotyczące szpitali psychjatrycznych, oraz ich organizacji, zaznaczając, że szpitale te są jak i inne podobne instytucje zakładami leczniczymi (Krankenanstalten), obecnie już pozbawionymi dawnego charakteru detencyjnego, wobec czego wyrazy tego rodzaju jak „warjat" itp., przypominające wymieniony charakter zakładu, powinny być z terminologji lekarskiej i prawniczej usunięte.

Następnie autor mówi o rozmiarach i ilości zakładów jako też o ich rozmieszczeniu w kraju. Opiera on się przytem na następującej kalkulacji.

Na 1000 mieszkańców liczy się 4 psychicznie chorych, z których 2,5 potrzebuje opieki zakładowej, tak że na 400 mieszkańców przypada 1 miejsce zakładowe. Wobec tego zakład posiadający 1200 — 1400 łóżek może obsłużyć obszar zamieszkały przez 800,000 mieszkańców, stanowiący t. zw. „okręg administracyjny" („Aufnahmebezirk") danego zakładu.

Zdaniem autora zakład psychjatryczny powinien znajdować się w pobliżu dużego miasta z węzłową stacją kolejową, t. zn. z dogodną komunikacją dla wszystkich miejscowości jego obszaru, aby transport chorego do zakładu mógł odbyć się szybko w pomyślnych warunkach, bez znaczniejszych trudności, bez wielkich kosztów, bez straty czasu.

Nowocześnie urządzony szpital ogólny w mieście, szkoły średnie i ewentualnie wyższe oraz teatr, bibljoteka i inne instytucje kulturalne są atrakcją dla lekarzy, urzędników i funkcjonarjuszy, którzy w tych warunkach chętniej poświęcają się

uciążliwej służbie zakładowej. Uniwersytet w mieście z wydziałem lekarskim daje lekarzom zakładu sposobność do dalszego kształcenia się, i ułatwia stały kontakt z postępem wiedzy psychjatrycznej i ogólno-lekarskiej.

Autor przechodzi do tematu budowy zakładu psychjatrycznego.

Na wstępie daje ogólny zarys rozmieszczenia budynków administracyjnych, gospodarczych i mieszkalnych, otoczonych ogrodami i parkami; całość jest ogrodzona żelaznym parkanem lub żywopłotem. Zakład składa się z dwóch grup pawilonów szpitalnych, dla mężczyzn i kobiet, ustawionych symetrycznie po obu stronach osi środkowej głównej, budynki administracyjne i-gospodarcze położone są w środku, a parki na peryferji. Obie strony: męska i żeńska, mają równą liczbę miejsc. Następuje teraz dokładny, szczegółowy opis budowy i urządzeń wewnętrznych poszczególnych budynków.

Na pierwszym planie autor daje szkic gmachu administracyjnego, stojącego na samym przedzie osi środkowej i wychodzący frontem na ulicę względnie drogę, przy której zakład leży. U głównego wejścia, będącego zarazem wejściem do zakładu, mieści się portjernia, z osobnym pokojem dla nocnego portjera, z centralą telefoniczną wewnętrznej sieci zakładowej łączącej wszystkie pawilony szpitalne, biura administracyjne, gabinety i pracownie lekarskie, kuchnie, pralnię i inne oddziały zakładowe, oraz prywatne mieszkania lekarzy zakładowych. Poza tem portjernia posiada aparat telefoniczny połączony z siecią zewnętrzną (pozamiejscową), z bocznicami do gabinetu dyrektora i jego zastępcy, do kasy zakładowej, inspekcji, sekretarjatu, oraz folwarku.

W gmachu administracyjnym znajdują się ubikacje służbowe: mianowicie obszerne biura urządzone wygodnie, ze specjalnem pomieszczeniem dla akt, przeznaczone dla sekretarjatu, inspektoratu i kasy, osobny pokój dla rejestratury i stenotypistek, dwa pokoje do badania nowo przyjętych chorych (jeden dla mężczyzn, drugi dla kobiet), mogące również służyć jako przychodnie neurologiczno-psychjatryczne, następnie poczekalnia dla osób odwiedzających pacjentów, gabinet dyrektora wraz z poczekalnią dla interesentów, taki sam gabinet dla jego zastępcy, sala konferencyjna z bibljoteką lekarską, apteka i laboratorjum, oraz gabinet fotograficzny.

Specjalną uwagę zwraca autor na sekcję kształcenia personału pielęgniarskiego: dla tych celów jest przeznaczona obszerna sala wykładowa z aparatem projekcyjnym, ruchomą tablicą, modelami, bibljoteką zaopatrzoną bogato w książki i czasopisma fachowe, traktujące o pielęgniarstwie.

Poza tem w gmachu administracyjnym są mieszkania kawalerskie, jedno- i dwupokojowe dla lekarzy asystentów, oraz kasyno lekarskie.

Wiele uwagi poświęca autor budowie i urządzeniom oddziałów szpitalnych, stanowiących główną część składową całego zakładu. Wśród tych oddziałów rozróżnia on 5 zasadniczych typów, z których każdy ma swoje przeznaczenie.

1) Oddział dla chorych spokojnych, potrzebujących stałego nadzoru,
2) oddział dla chorych niespokojnych,
3) oddział dla chorych zniedołężniałych fizycznie,
4) oddział dla chorych socjalnych, mających wyższe wymagania pod względem otoczenia, pomieszczenia, wygody i komfortu, t. z. pensjonat,
5) oddział dla chorych spokojnych. nie potrzebujących ścisłego nadzoru, poruszających się swobodnie w obrębie zakładu, czyli t. zw. domy otwarte.

Ilość poszczególnych pawilonów zależy od stanu liczebnego chorych.

Według autora na 1500 chorych przypada około 60 chorych z wyższemi wymaganiami socjalnemi, oraz 480 do 540 pacjentów socjalnych mogących przebywać w domach otwartych. Ze względów oszczędnościowych autor odradza stawiania małych domów, w których możnaby pomieścić nie więcej jak 30 — 60 osób. Przeciętną ilość miejsc oznacza on na 120 do 160 i proponuje budowę jednopiętrowych gmachów, posiadających na każdem piętrze po 2 sale po 30 łóżek. Sale te znajdować się mają na obu skrzydłach budynku, przyczem środkową jego część zajmuje szeroka klatka schodowa, pokój lekarski, laboratorjum podręczne, pokój dla oddziałowego pielęgniarza i pokój dla odwiedzających. Po bokach obok sypialni, autor radzi umieścić po 2 sale dzienne, w samych końcach pawilonu zaś (różne) ubikacje użytkowe jak szatnie, komory, łazienki, pomywalnię naczyń, będącą zarazem kuchnią podręczną, służącą do rozdzielania jedzenia. Do tych części budynku prowa-

dzą osobne schody, które mają szczególne znaczenie na wypadek pożaru. Innego podziału przestrzeni żąda autor dla domów otwartych: sypialnie mają być na piętrze, a sale dzienne na dole.

Co się tyczy oddziałów dla chorych socjalnych t. zw. pensjonatów, to i tu stosować należy podział poziomy przestrzeni, umieszczając na parterze salon, jadalnię, pokój bilardowy, czytelnię i t. p., a na górze sypialnie na 1—6 łóżek.

Autor zaleca urządzić osobne oddziały dla chorych cielesnie i wyposażyć je dostatecznie we wszystkie środki i przyrządy djagnostyczne i terapeutyczne, a więc oddział chirurgiczny, oddział dla zakaźnych, oddział dla gruźliczych i oddział dla pacjentów, którzy weszli w konfikt z ustawą karną Oddziały wymienione należy urządzić tylko tam, gdzie zachodzi tego potrzeba, tj. w tych zakładach, w których przebywa dostateczna ilość pacjentów, nadających się do oddziałów specjalnych. Oddział infekcyjny powinien przedstawiać oddzielny zakład, aby mógł przyjąć chorych wszelkiego typu, tak spokojnych jak i niespokojnych, gwałtownych, asocjalnych, tj. powinien posiadać izolatki, sale odwachowe. Pozatem musi mieć osobne własne naczynia do jedzenia, własną bieliznę i pościel, wszelkie urządzenia desinfekcyjne do odkażania naczyń, bielizny, wody, wypróżnień chorych, tak jak to ma miejsce w szpitalach dla chorób zakaźnych. Tak samo oddział dla gruźliczych musi być odpowiednio urządzony i posiadać przyrządy desinfekcyjne, zwłaszcza do odkażania spluwaczek.

Wskazane są duże przestronne, oszklone werandy, bo dają one dużo światła i powietrza. Oddział dla pacjentów sądowych,tj. takich którzy weszli w konfikt z ustawą karną, zajmuje miejsce pośrednie między oddziałem psychjatrycznym a więziennym, a więc okna są wysoko umieszczone i zakratowane, drzwi podwójne, zrobione z mocnego materjału, podwórka i ogródki otoczone wysokimi murami i podzielone na odcinki.

Personał na tym oddziale jest liczniejszy niż na innych oddziałach; jeden pielęgniarz ma 2 — 3 pacjentów pod dozorem; przepisy służbowe dla personału są szczegółowsze, obostrzone, oddział ma osobnego portjera i aparaty sygnalizacyjne, które się wprowadza w ruch w razie zmowy pacjentów i gwałtownych aktów z ich strony na personał.

Przechodząc do działu opieki nad psychicznie chorymi, autor omawia kolejno dwa rodzaje tej opieki, różniące się zasadniczo między sobą, mianowicie opiekę zakładową, oraz opiekę pozazakładową, tj. opiekę domową i społeczną. Z zakresu pierwszej tj. właściwej opieki zakładowej autor porusza kwestję stosunku lekarzy i personelu pielęgniarskiego do chorych, oraz ich dozorowania, i kładzie szczegółowy nacisk na terapję zajęciową, opierając się na powszechnie już znanym fakcie, iż odpowiednie celowe zajęcie ożywia umysł pacjenta, odwraca jego uwagę od przeżyć chorobowych, od urojeń, halucynacji, uprzyjemnia mu pobyt w zakładzie, przez co znowu robi go podatniejszym dla wpływów psychoterapeutycznych lekarza.

Pierwsze miejsce zajmuje zajęcie na wolnem powietrzu, praca na roli; na folwarku, w ogrodzie, dalej prosta robota przy wózku ręcznym, piłowanie i rąbanie drzewa i tp. zajęcia nadają się znowu dla chorych niedorozwiniętych umysłowo. Poza tem wchodzi w rachubę zajęcie we warsztatach zakładowych, oraz praca pomocnicza w kuchni, pralni, rzeźni. Dla chorych, którzy nie mogą przebywać poza oddziałem, służą odpowiednie warsztaty oddziałowe urządzone w dodatkowych salach dziennych. Najlepiej nadają się do tego celu warsztaty tkackie, koszykarskie, introligatorskie, a dla kobiet klockowanie i robótki ręczne. Pozatem chorych można zatrudniać przy uprzątaniu i porządkowaniu oddziałów, albo w mieszkaniach personelu zakładowego. Atoli i poza godzinami pracy chorych nie wolno pozostawiać na łasce losu, lecz należy ich zainteresować odpowiedniemi rozrywakami, trzeba dostarczyć im pokarmu duchowego, do czego służyć mogą książki i gazety, gry towarzyskie w jaknajwiększym doborze, od prostych do skomplikowanych jak karty, warcaby, szachy, bilard i tp. Autor kładzie specjalny nacisk na gimnastykę i sport, na gry terenowe jak tennis, piłka nożna i inne. Doskonałą i przyjemną rozrywkę stanowi muzyka i śpiew, koncerty radjowe i gramofonowe. Autor zaleca urządzać jaknajczęściej na sali zabawowej zakładu odczyty, koncerty, przedstawienia amatorskie; radzi sprowadzać zespoły artystyczne ze sąsiednich teatrów, orkiestry, lub poszczególnych artystów solistów, urządzać przedstawienia kinowe, zabawy ludowe na wolnem powietrzu, np. w parku zakładowym, z karuselą, cyrkiem, strzelnicą, w tym celu, aby pobyt w zakładzie pacjentom możliwie jaknajwięcej uprzyjemnić.

Obok opieki zakładowej rozpowszechniła się w ostatnich latach i jest szeroko stosowana opieka pozazakładowa, opieka w domu prywatnym, t. zw. opieka rodzinna, oraz opieka społeczna.

Chorych, których stan nie wymaga ściślejszego dozoru ani izolacji od społeczeństwa, oddaje się za pewną opłatą w opiekę do osób prywatnych, zamieszkałych w okolicy zakładu, pod opieką wydelegowanego lekarza zakładowego. Dzięki temu urządzeniu umożliwia się chorym pobyt w normalnych warunkach domowych i pozostawia im się większą swobodę ruchów. Jest to dobra okazja do przekonania się o postępie poprawy w stanie psychicznym pacjenta i próba prowadząca dostatecznie do zupełnego wypisania ozdrowieńca z pod opieki zakładu. Opieka społeczna czyli publiczna polega na tem, że wydelegowany lekarz zakładu psychjatrycznego odbywa w godzinach ustalonych bezpłatne konsultacje dla psychicznie chorych, epileptyków, psychopatów, neurotyków, i udziela chorym względnie ich rodzinom porady, odwiedza ich na życzenie w domu, gdzie bada stosunki rodzinne, co ma szczególne znaczenie w przypadkach, gdzie chodzi o przekazanie chorego do zakładu względnie o wypisanie ozdrowieńca z zakładu do domu.

Dzięki tej opiece wykonanej przez fachowca, unika się w danym razie niepotrzebnego umieszczenia pacjenta w zakładzie, z drugiej strony zaś można spowodować wczesne oddanie chorego do zakładu i ochronić rodzinę, oraz chorego od przykrych niespodzianek, a nawet od nieszczęścia.

W końcu autor omawia organizację służby lekarsko-pielęgniarskiej i gospodarczo-administracyjnej. Zakład pozostaje pod kierownictwem dyrektora, lekarza wyspecjalizowanego w psychjatrji, który pozatem musi posiadać wiadomości administracyjne i być ew. obznajomiony z rolnictwem. Pomaga mu w dziale lekarskim I prymarjusz psychjatra z wieloletnią praktyką zakładową, będący jednocześnie zastępcą dyrektora w razie jego nieobecności. Pod ich kierownictwem pracują lekarze ordynatorzy i asystenci; każdy z nich powinien posiadać najmniej dwuletnią praktykę internistyczną, nabytą w szpitalu ogólnym, ordynator musi ponadto posiadać praktykę psychjatryczną. Stosunek ilościowy lekarzy do chorych przedstawia się jak 1:220, uwzględniając liczbę chorych leczonych w ciągu roku w zakładzie. Stosunek ilościowy pielęgniarzy do chorych

przedstawia się jak 1:6, nadpielęgniarzy jak 1:220. Szkolenie pielęgniarzy odbywa się w zakładzie na kursach, prowadzonych przez lekarzy zakładu, kończących się egzaminem, ukoronowanych dyplomem. Stroną administracyjno-gospodarczą kieruje pod zwierzchnictwem dyrektora nadinspektor. W działach technicznych ma on do pomocy kierownika inżyniera, rendanta, prowadzącego kasowość oraz sekretarza do prowadzenia biura, naczelnika składnic, oraz 10 sił biurowych, pozatem szereg techników i rzemieślników do prowadzenia warsztatów i urządzeń gospodarczych i technicznych zakładu, jak elektrownia, kuchnia, pralnia. Do tego dochodzi 2 ogrodników, nauczyciel do kształcenia pielęgniarzy i chorych; do jego obowiązków należy również ćwiczenie orkiestry, organizowanie przedstawień teatralnych, odczytów i zabaw tanecznych.

W celach gospodarczego uniezależnienia się, oraz dostarczania pacjentom zdolnym do pracy, odpowiedniego zajęcia, zakład powinień posiadać znaczny obszar uprawnej roli, przeciętnie 1 morgę (magdeburską) na chorego. Ilość pracowników rolnych jest zapewniona, albowiem 1/4 ogólnej liczby pacjentów (biorąc jednego robotnika na cztery morgi) może być zatrudniona na roli.

J. MEDEM - Dziekanka.

Dr. Marja Grzegorzewska. Pschologia niewidomych. Tom I-y. Wydawnictwo Naukowego Twa. Pedagogicznego.

Książka ta powstała, jak mówi Szan. Autorka w przedmowie, z żywego zainteresowania się światem niewidomych. Jest ona poświęcona czuciom, postrzeżeniom i wyobrażeniom u niewidomych, a więc całokształtowi ich psychologji. Zadaniem jej jest utorowanie i udoskonalenie opieki wychowawczej nad niewidomymi, „któraby ich do życia w społeczeństwie przygotowała na podstawie poznania ich psychiki i jej praw rozwojowych oraz przystosowania do niej metod wychowania i nauczania".

Pionierami takiego czynnego nastawienia do niewidomych był w 18 wieku Diderot, Valentin Haüy, który napisał Essai sur l'Education des aveugles 1787 i założył dla nich pierwszą na świecie szkołę. Odtąd rozwija się prawo w tym kierunku. W 19. wieku Louis Braille wprowadza udoskonalone pismo punktowe, rozpoczyna się też badanie w kierunku poznania

osobowości niewidomych, a więc różnic w ich strukturze somapsychicznej w stosunku do osobników, wzrok posiadających. Prowadzi do tego celu t. zw. psychologia postaci (struktury psychicznej en bloc) oraz własna introspekcja niewidomych z psychologicznem wykształceniem.

Wychodząc z tego założenia, autorka przechodzi do badań psychologicznych i zaczyna od problematu wzajemnego stosunku zmysłów, stwierdzając, że czucia dotyku umiejscowiają się podobnie jak u widzących, ale próg wrażliwości u niewidomych podnosi się, t. zn. że wrażliwość jest zmniejszona (Griesbach) wogóle i pod wpływem zmęczenia w szczególności. Różnice te są na ogół nieznaczne i wyrównywające się okolicznością, że niewidomi należą do typu interpretacyjnego Binet'a t. zn. mają przy dotykaniu uwagę zwróconą na naturę przedmiotu, t. j. do postaciowania, co stanowi ich wyższość' jeżeli się zauważy stwierdzone znaczenie dotyku dla budzenia poczucia realności świata zewnętrznego. W stosunku do lokalizacji czuć i czuć termicznych u niewidomych badania są zbyt nieliczne i poglądy rozbieżne.

Co do reszty zmysłów jak zmysł mięśniowy lub stawowo-mięśniowy (kinestezyjny), zmysł położenia (statyczny, równowagi), słuch, powonienie, smak, to dwa pierwsze zmysły są rozwinięte u niewidomych i ułatwiają im orjentowanie się w otoczeniu; co do słuchu, to nie posiadają niewidomi przewagi pobudliwości słuchowej, natomiast prawdopodobnie lepszą lokalizację, co zaś do powonienia i smaku to istnieje zbyt mało badań, a więc trudność wyprowadzenia wniosków. Odrębne niemal, swoiste stanowisko zajmuje t. zw. zmysł przeszkód (sens des obstacles, Fernsinn) t. j. zdolność odczuwania przez niewidomych przedmiotów na odległość, niejako „szósty zmysł" (perceptio facialis — Lévy). Stanowi on zespół czuciowy jakościowo specyficzny, w którym słuch odgrywa ważną rolę (Rozdział II).

Autorka rozpatruje w dalszym ciągu t. zw. objaw wikarjatu (zastępstwa) zmysłów u niewidomych (Rozd. III) i przychodzi do wniosku, że niema tego wikarjatu w znaczeniu fizjologicznem, ale w strukturalnem połączeniu dotyku ze słuchem i powinieniem, ich wysubtelnieniu i zróżniczkowaniu wskutek spontanicznej dążności niewidomych do zużytkowania

tego zmysłowego zespołu. W zakończeniu tego rozdziału poruszony jest temat o przyczynach niższości czuciowej u niektórych niewidomych, rozwiązany brakiem u nich dostateczności podniet czynnościowych w tym kierunku i wynikającego stąd niedorozwoju.

Rozdział IV poświęcony jest percepcji dotykowej u niewidomych. Po zobrazowaniu — na podstawach psychologji współczesnej (Psychologja postaci v. całości — Wertheimer, Kaffka, Rubin i inni) istoty percepcji w ogólności przedstawiającej wrodzoną zdolność umysłu do ujmowania całości przedmiotów świata zewnętrznego, poczem dopiero w miarę rozwoju umysł różniczkuje aktem (akt drugi) wewnętrznej analizy składowe części (elementy) percypowanych całości (struktur), — autorka przytacza dwie teorje: T. Hellera i W. Steinberga, dowodzące, że dotyk w połączeniu ze zmysłem mięśniowym jest jedynym bezpośrednim zmysłem przestrzennym dla niewidomych. Nie wchodząc w szczegóły interesujących dociekań obu wspomnianych badaczy, szczególnie Steinberga, który jako niewidomy od urodzenia wysuwa swoją teorję z introspekcji, biorąc za punkt wyjścia teorję swego poprzednika (Hellera), zaznaczyć wypada, że mają one doniosłe znaczenie nietylko dla zabiegów wychowawczo-kształcących względem niewidomych, ale stanowią cenny materjał podstawowy dla reformy wychowania i szkolnictwa współczesnego, liczą się bowiem z nastawieniem wewnętrznem dziecka i istotą jego rozwoju. Jest to jeden więcej dowód, że pedagogika specjalna, zacieśniając z konieczności zakres swoich badań wobec istot nienormalnych (w danym razie niewidomych), ale pogłębiając je jednocześnie, przyczyni się znakomicie do torowania dróg nowych pedagogice ogólnej.

Przytoczywszy wspomniane teorje i przyznając im podstawową wartość, autorka zajmuje wobec nich odrębne stanowisko krytyczne, t. j. wychodząc z założeń współczesnej psychologji postaci, stara się je oświetlić z tego właśnie punktu widzenia i twierdzi, że niewidomi należą do typu interpretacyjno-poznawczego t. zn., że pragną zdać sobie niezwłocznie sprawę z natury przedmiotu dotykanego i na tem wewnętrznem nastawieniu niewidomych polega ich wyższość dotykowa, gdyż przystępują do postrzeżeń z większą dyspozycją do postaciowania t. zn. ujmowania strukturalnych całości przedmiotów (porównaj percepcję stereognostyczną dotyku Hoffmana), co jest wynikiem wprawy nabytej.

W dalszym ciągu opisany jest dotyk przy ruchach chodzenia i dotykania za pomocą warg i języka u niewidomych, co także podnosi wartość poznania czasowego i przestrzennego.

W następstwie przedstawiony jest alfabet Braille'a, czyli pismo punktowe, jego epokowe znaczenie i jego właściwości z towarzyszącem twierdzeniem, że jest to ciekawy i typowy przykład struktury psychicznej, a zakończonej zaś uwagą, że dzięki tej strukturze alfabetu nauczenie się czytania metodą Braille'a wymaga od dziecka niewidomego mniej czasu niż nauczenie się zwykłego czytania przez dziecko widzące. Stąd wniosek, że czytanie globalne, t. j. struktur literowych czyli wyrazów jako całości, winno też być stosowane do dziatwy widzącej jako odpowiadające wrodzonej dyspozycji dziecka do ujmowania strukturalnych całości.

Rozdział IV zakończony jest omówieniem iluzyj dotykowo-mięśniowych u niewidomych.

Rozdział V poświęcony jest wyobrażeniom u niewidomych. Konsekwentnie przeciwstawia autorka i w tym rozdziale nowoczesną psychologję postaci dawnej psychologji asocjacyjnej jako podstawę do dociekań w dziedzinie wyobrażeń u niewidomych. Zamiast pojęcia poszczególnych wrażeń dominuje tu pojęcie postaci i dyspozycja do postaciowania t. j. strukturalnego ujmowania przedmiotów.

Rozpoczynając od wyobrażeń wzrokowych u niewidomych, autorka ustala fakt, że obecność tych wyobrażeń u niewidomych od urodzenia ze zniszczonemi nerwami wzrokowemi nie została dotychczas naukowo stwierdzona, wobec czego ich świat zmysłowy i wyobrażeniowy musi być bardzo różny od takiegoż świata widzącego, i co zatem idzie, badania nad tą kategorją niewidomych są bardzo utrudnione. U ociemniałych t. j. tych, którzy stracili wzrok w biegu życia, występuje stale niewygasła nigdy chęć wznowienia wrażeń i wyobrażeń wzrokowych i poczucie wielkiej zależności od widzących. W mowie używają oni stale wyrażeń „zobaczymy, widzimy, ujrzymy się". Poruszają się oni w przestrzeni wzrokowej, gdy tymczasem niewidomi od urodzenia poruszają się w przestrzeni wyłącznie dotykowej.

Dalej autorka omawia t. zw. wyobrażenia surogatowe, t. j. specyficzne struktury psychiczne, właściwe tylko niewidomym, jako wynik przystosowania się do świata widzących, a ujawniające się w dążności do przyswajania obcych mu przedmiotów na podstawie fantazji. Zjawiska podobne u widzących to — fotyzmy jak np. słyszenie barwne, niewidomi zaś wyobrażają sobie barwę

białą, wyczuwając gładkość przedmiotu, czarną zaś, doznając uczucia szorskości jakiegoś przedmiotu (Krieger). Takie wyobrażenia surogatowe powstają w dziedzinie wszystkich zmysłów u niewidomych i są dowodem, że nie żyją oni niepodzielnie w świecie rzeczywistym, ale w świecie jego analogji.

Wyobrażenia słuchowe zjawiają się u niewidomych najpierw i posiadają w ich życiu dominujące znaczenie 1) jako czynniki poznania, 2) jako zjawiska mowy, 3) w formie wrażliwości na tony muzyczne, 4) w formie wyobrażeń, związanych z wyobrażeniami dotykowemi.

Z kolei następuje zobrazowanie wyobrażeń dotykowych u niewidomych oraz ich wywoływanie.

Według Villey'a, który jako ociemniały badał właśnie swoje stany (introspekcja), dotyk u niewidomych doprowadza drogą percepcji analitycznej (percepcje wzrokowe są syntetyczne) do nieomal tak doskonałych i błyskawicznie występujących wyobrażeń jak wzrokowe u widzących. Jest to więc „widzenie dotykowe", tworzące „wewnętrzne oko" świadomości. Wywoływanie wyobrażeń dotykowych odbywa się u niewidomych według praw postaciowania, o którem była niejednokrotnie mowa powyżej. Wobec tego, że przestrzeń poznać można jedynie za pomocą dotyku i zmysłu mięśniowego (Berkeley), niewidomi bez trudności zdobywają środowisko przestrzenne, w którem rzutują odpowiednie wyobrażenia, przyczem słuch ma ważne znaczenie w powstawaniu tych wyobrażeń. Utartemu przekonaniu, że niewidomi niezdolni są do orjentowania się w przestrzeni, przeczą fakty, obficie zobrazowane przez autorkę. Dotyk, słuch, pamięć mięśniowa i zmysł przeszkód (patrz wyżej) — oto są środki orjentowania się niewidomych w przestrzeni.

Wyobrażenia czasu u niewidomych posiadają dla nich znaczenie o wiele większe jak dla widzących, ale dział ten leży jeszcze ugorem, nietknięty przez badania naukowe. W rozdziale o wyobrażeniach autorka podkreśla ważność szematów dotykowych u niewidomych, które w procesach myślenia u widzących odgrywają też ważną rolę. Schematy są w zjawiskach apercepcji czynnikami o pierwszorzędnem znaczeniu (Revault d'Allones J.). Tkanki zmysłowe w aparatach zmysłów posiadają czynności schematyzujące. Schematy są to wyobrażenia konkretne, uproszczone i upraszczające. Schematy ruchowe są to przyzwyczajenia, jak chodzenie, bieganie, czesanie się, ubieranie i tp. automatyzmy.

Na platformie takich automatyzmów z różnych dziedzin wyobrażeniowych spoczywa życie niewidomych, ale często są one u jednostek zdolniejszych pomocniczymi etapami rozwoju pojęć, twórczych myśli i wynikających ztąd działalności.

Autorka kończy tom I-y swojej pracy rozdziałem VI o niewidomych, którzy odzyskali wzrok, i o strukturze psychicznej niewidomych od urodzenia.

Co do pierwszych, to na podstawie licznych obserwacji ustalono fakt, że dawna struktura niewidomego (dotykowa) po przywróceniu wzroku musi ulegać powolnemu przekształceniu, nim powstanie mowa dotykowo-wzrokowa. Co do drugiej grupy, to wypada podkreślić: 1o) że niewidomy nie jest anormalny w znaczeniu upośledzenia umysłowego oligofreników i dlatego dąży do rozwoju i opanowania świata zewnętrznego, można więc dziś dzięki wzrostowi bibljotek o systemie Braille'a (patrz wyżej) dojść do stopnia erudycji widzącego, 2) że dotyk niewidomego nie jest równoznaczny z dotykiem widzącego, 3) że cały wysiłek niewidomego skierowany jest ku porozumieniu między nim a widzącym i w tym właśnie kierunku zdążać winno wychowanie niewidomych.

Dotarłszy do końca w streszczeniu I-go tomu tej fundamentalnej pracy, z przyjemnością zaznaczamy, że literatura psychologiczno-dydaktyczna i wychowawcza zostaje wzbogacona dziełem o trwałej i wysokiej wartości nietylko dla niewidomych ale i dla widzących, którzy, olśnieni posiadaniem wzroku, nie doceniają doniosłości zmysłu dotyku, zmysłu mięśniowego i znaczenia ruchu w wychowaniu i kształceniu dziecka normalnego. Psychologja niewidomych Dr. M. Grzegorzewskiej winna być z tej racji studjowana nietylko przez psychologów, psychjatrów i przedstawicieli szkół specjalnych, ale z równym pożytkiem i przez ogół wychowawczy i nauczycielski, oddający się pracy nad ogółem dziatwy polskiej.

Dr. JULJAN GAWROŃSKI - Dziekanka.

Stanisława Adamowiczowa „Nauczanie wstrzemięźliwości od alkoholu w Stanach Zjednoczonych.“ (Zdrowie 1930, II).

Obowiązkowe nauczanie wstrzemięźliwości od alkoholu zapoczątkowane zostało w Stanach Zjednoczonych w drugiej połowie ubiegłego stulecia i niewątpliwie w dużej mierze przyczyniło się do zwycięstwa idei abstynenckiej, jakiem było przeprowadze-

nie ustawy prohibicyjnej. Walka w imię tej wzniosłej idei była trudna i uporczywa. Od samego początku bojownicy jej krzewili zasady wstrzemięźliwości wśród młodzieży. Tworzono różne „armje“ t. j. organizacje, w których dzieci mogły składać przysięgi abstynenckie. Nie było jednak systematycznego obowiązkowego nauczania wstrzemięźliwości w szkołach. Dopiero po 20 latach zdołano je przeprowadzić we wszystkich Stanach dzięki wytężonej i pełnej poświęcenia pracy licznych organizacji społecznych, zwłaszcza kobiecych. I obecnie w czasie prohibicji jest ono prowadzone nadal w myśl dawnych naczelnych zasad. Włączone do kursu higjeny nauczanie to opiera się na podawaniu faktów i przykładów w formie jaknajbardziej dla dzieci przystępnej, bez moralizowania. Wszelkimi poglądowymi sposobami wyjaśnia się dzieciom szkodliwość alkoholu dla zdrowia. Podręczniki prostują panujące wśród ludności błędne poglądy, przemawiajęce na korzyść alkoholu. Specjalną uwagę poświęca się nauczaniu wstrzemięźliwości przez pierwsze 6 lat nauki szkolnej, ponieważ jest to okres tworzenia się przyzwyczajeń, oraz ze względu na dzieci opuszczające szkołę przed ukończeniem pełnego kursu.

W 1925 r. specjalny Komitet opracował program nauczania o szkodliwości używania alkoholu, nikotyny i innych narkotyków. Nauczanie to wchodzi w zakres ogólnego wychowania młodzieży na zdrowych i dzielnych członków społeczeństwa i polega na podawaniu konkretnych faktów i przykładów odpowiednio do wieku i rozwoju psychicznego ucznia. Najmłodsze dzieci przy pomocy obrazków, opowiadań, piosenek i wierszyków poucza się, że z owoców kartofli i zboża człowiek wytwarza różne napoje alkoholowe szkodliwe dla zdrowia. Starsze dzieci dowiadują się, że używanie takich napojów obniża sprawność we wszelkiego rodzaju sportach, którym jak wiadomo amerykanie oddają sie z zapałem od samej młodości, że zmniejsza odporność przeciwko różnym chorobom, że obniża zdolność do oceny szkodliwego wpływu alkoholu na organizm. Stopniowo uczniowie dowiadują się o ujemnym wpływie alkoholu na mózg i na czynności psychiczne, co powoduje zwiększenie ilości nieszczęśliwych wypadków kolejowych, samochodowych i fabrycznych. Dlatego np. koleje żelazne wymagają zupełnej abstynencji od części obsługi kolejowej ze względu na bezpieczeństwo podróżnych. Nadużycie alkoholu popycha często do okrutnych czynów przestępczych osoby, które w stanie normalnym odznaczają się dobrocią i uprzejmością. Ujemny

wpływ alkoholu na zdrowie wykazują tablice statystyczne, przedstawiające przeciętnie dłuższe życie abstynentów w porównaniu z osobami pijącemi nawet umiarkowanie. Dzieci abstynentów przeciętnie są zdrowsze dzięki temu, że rodzice ich zarobione pieniądze obracają na odżywianie zamiast na alkohol. Młodzież od lat 14 poucza się dokładnie o ujemnym wpływie alkoholizmu na zdolność zarobkowania, zamożność i pożycie rodzinne, dalej na takie zjawiska społeczne jak gruźlica, umieralność niemowląt, choroby umysłowe i weneryczne. Dzięki takiemu nauczaniu cała młodzież Stanów Zjednoczonych jasno rozumie, że wstrzemięźliwość od alkoholu i innych narkotyków prowadzi do pomyślności jednostek i całych społeczeństw.

Streścił: Dr. B. ROSENBLUM - Dziekanka.

Dr. med Tad. Boy-Żeleński „Piekło kobiet“ (Wyd. Alfa w Warszawie. Cena 3,60 zł. 1930 r.)

Od chwili okazanie się (przed laty blisko 30-tu) „Dziejów Grzechu“ Stef. Żeromskiego nie powstało w piśmiennictwie polskiem bodaj nic, co by w analogiczny sposób zdolne było poruszyć opinję publiczną tak mocno, jak ostatnie produkcje obywatelsko-literackie Tad. Boy-Żeleńskiego.

Każdy nowy nakład świetnych jego „Dziewic Konsystorskich“ zostaje rozchwytany w dziesiątkach tysięcy egzemplarzy, a sam autor powszechnie już uchodzi za fenomen podupadłej i upośledzonej publicystyki naszej doby i sytuacji obecnej.

Z właściwą zapłodnicielom ducha emfazą, z prawdziwie francuską finezją, z godnie odsłoniętą przyłbicą zdążył z rdzy i namułu oczyścić i odświeżyć postumenty Mickiewiczowskie, dając lekcje Monsalwatczykom, iż nie godzi się być papierowymi cyprysami pobielanych grobów. Aż ostatnią swą pracą dotyka jednego z najbardziej żywotnych i palących zagadnień socyalno — biologicznych: stosunku zaśniedziałego ogółu do kobiety z tym „morderczym, aż nadto znać, że przez mężczyzn pisanym“, paragrafem kodeksu, karzącym przerwanie ciąży, nad którym już nie od dzisiaj zawisła groźna i słuszna ocena, iż stanowi: „Das grösste Verbrechen des Strafgesetzes“... Zaszczytnie wyzwalający się z zastarzałego językowego narowu świetny autor „Ludzi Żywych“ i „Bronzowników“ z pod pyłu wieków dobywa jedną z najbardziej stratowanych kart i w prze-

żywanej pomroce dziejowej, obwieszanej brzękadłami marnie „wyszczekanych słów“, sili się nią, jak kagańcem, rozświetlić ten ciemny korytarz, którędy sic itur ad virtutem... i z tego powodu i w tym właśnie celu autor: „wszystko to do rozwagi naszym lekarzom przedkłada“. Na szczęście pracujący w nieco odmiennej od nas „branży“, ma ku temu znacznie większą sposobność i możność. Ostatnio został zaproszony przez Naczelną Izbę Lekarską w Warsz. do wejścia w jej skład i przyjęcia udziału w obradach nad tak godziwie, śmiało i żywotnie poruszonym przez się przedmiotem. Oprócz tego zostaje nadal w ścisłym kontakcie z całem gremjum Komisji Kodyfikacyjnej, od blisko 10-ciu lat przygotowującej projekt kodeksu karnego, tudzież gronem najprzedniejszych w kraju prawników i sił profesorskich. Zawiera przez to praca jego obszerny materjał źródłowy, stanowiący zarazem w pewnej mierze ewolucyjny przegląd probieży i załamań wdrożonych w tym kierunku wysiłków, z rozległem uwzględnieniem poszczególnych opinij najbardziej miarodajnych czynników. Przytacza też kilka w tym kierunku poczynionych cennych odkryć lekarskich. Śmiało rzec można, iż praca jego — na podobieństwo poniekąd fenomenologicznej epopei Dantejskiej — najzupełniej odpowiada zdaniu: Lux in tenebris lucet...

A na nim właśnie najmniej zbywa w okresie, hołdującym li tylko dewizie: — Przedewszystkiem bez Genjuszu!.. bądź miernym, szanuj tylko pozory... Wbrew tym ostatnim życiem podyktowane i podniesione w książce jego do ważności wglądu ogólnego są nast. tezy: srogi, częstokroć bezlitosny i bezwzględny miecz prawa bynajmniej nie stanowi rękojmi sprawiedliwości. W przeżywanym okresie, tak jaskrawo manifestującym haniebny swój nawrót do państwowych form policyjnych XVIII wieku, bardziej niż kiedy indziej zawisł od niepewnych walorów opinji publicznej. Jednem słowem, jak się wyraził jeden z literatów: kupa gruzów ma sądzić o „Żywych kamieniach“ (Wacł. Berenta). — „A wszystko to pokrywa swoim płaszczem obłuda społeczna, przesłaniająca cały kompleks najbardziej żywotnych zjawisk“. A na dowód tego twierdzenia składa się wymowa faktów niewyczerpanego szeregu zapodanych danych, począwszy od rozczulającej okoliczności: „parlez nous de votre natalité“ ze skandalicznem omijaniem zapytania „de notre mortalité“... Kraj, który stale traci przez emigrację

wiele tysięcy tęgiego materjału ludzkiego a w którym — według określenia sędziwego i zasłużonego prof. Ludw. Krzywickiego — co rok rodzi się 400.000 ludzi, dla których niema pracy i z którymi niewiadomo co robić, nie powinien paplać o zbrodniczej polityce populacyjnej, szczególnie biorąc pod uwagę, że „karane są same proletarjuszki"... W samej tylko Warszawie (pokątnie) robi się rocznie około 20.000 poronień, przyczem znaczna ilość kobiet umiera... „Sam sekcjonuję do 200 zwłok kobiet zmarłych na zakażenie krwi, a to jest tylko cząstka" — oznajmia prof. W. Grzywo-Dąbrowski, definjując: „w każdym razie ujemnych skutków zniesienia paragrafu nie da się porównać z katastrofami spowodowanemi codzień jego istnieniem"... Zdanie Dra Kłudzyńskiego brzmi: jedną z najpilniejszych kwestyj dla naszego kraju—przeciwdziałać bezmyślnemu i nieograniczonemu płodzeniu dzieci. Potęga państwa dzisiejszego nie opiera się na gęstości zaludnienia, lecz na zdolności do pracy twórczej. Przewidział to i opracował gruntownie sławny Malthus (1766 — 1834). W jednych tylko Niemczech obliczają roczną ilość sztucznych poronień na miljon, przyczem do 40.000 kobiet tam rocznie ginie w rękach partaczy, a ekonomiści piszą dzieła o przeludnieniu. To też ozdoba naszej nauki prof. ginekol. Wileńskiego Uniw. Jakowicki zmuszony został napisać, że „chcąc krótko scharakteryzować stosunek większości współczesnych społeczeństw do sprawy sztucznych poronień, musimy powiedzieć, że jest on przedewszystkiem nieszczery".. Nieszczerość ta się odbija w znacznej mierze i na stanowisku lekarzy, krępowanych brzemieniem obyczajowej obłudy i balastem rutyny myślowej.

Natomiast jak się wspaniale wypowiada W. Szan. nasza koleżanka p. Dr. med. Garlicka: niema mądrości, gdzie niema samodzielności myśli i czynu. Zdawałoby się, iż łatwiej jest nie sprowadzać jakiegoś szkodliwego prawa, niż je usunąć. Lecz na nasze nieszczęście rzeczywistość temu zaprzecza. Nawet te drobne świeżo powstałe państewka, jak Estonja, Finlandja, odbiegły tak naprzód, iż stanowią omal niedościgły wzór pod wieloma względami. W zwalczaniu wiekowych murów zabobonu i okrucieństwa, jak świeżo podaje „Obserwer", nawet Związek Chirurgów Norweskich po dokładnem opracowaniu tej kwestji doszedł do wniosku, że przerwanie ciąży winno być zabiegiem legalnym. Z wielkiem natomiast zgor-

szeniem się notuje, iż naogół u nas lekarze są mniej liberalni od prawników. Na ich usprawiedliwienie przytacza się oględnie niezbyt im duży zaszczyt przysparzający argument, że mają w tej sprawie zajmować odrębne stanowisko: „oni są tu wykonawcami"... Zachowanie się Tow. Ginekologicznych do tego nakłania. Towarzystwa zaś kryminologiczne, od chwili jak dmuchnął powiew liberalizmu seksualnego, posunęły się znacznie naprzód. Naprawdę, „kodeks i żandarmi wyprzedzają tu filozofów". „Już to samo, że lekarzom lekcje ludzkości dają w tej mierze prokuratorzy — powinno chyba obudzić refleksje" — powiada Szan. Autor, przytaczając w omawianiu psycholog. niedokładności stanu lekarskiego i wadliwości etyki lekarskiej taki obrazek: „wyobraża sobie, niebożątko, że wzmocniło — mocarstwowe stanowisko Polski (uprawianiem swej bezmyślnej i ułomnej polityki populacyjnej) o jednego przyszłego obywatela, gdy tymczasem wniósł w ubogi dom nieszczęście i chorobę — może dzieci pozbawił matki".. w tym czasie, gdy na oddrzwiach niektórych sal klinicznych ma być wypisane godło: primum non nocere. Występując gorącym rzecznikiem kierunku maltuzjańskiego rozpatruje szeroko metodyki odnośne, kierowane ku regulacji urodzin w drodze zapobiegania ciąży, jakgdyby zakładając podwaliny pod prąd neo-lizystratyzmu, jednakowoż pomijając całą połać obarczających rodziny i ogół wypadków niefortunnych urodzin dzieci upośledzonych, dotkniętych srodze skazą dziedziczności patologicznej, jak np. alkoholowej (—) luetycznej itp. Przezorność spartańska do usług swych miała skałę Tarpejską. Nam wystarczają przepisy „męskie", karzące matkę za swe przewinienia... mimo że według prof Radziwiłłowicza: „dziecko dla matki jest tym składnikiem jej jaźni, który.. łączy go z psychiczną organizacją matki i jest w dalszym ciągu częścią składową jej organizacji" i jej tylko powinno przysługiwać prawo do zabierania głosu w tej materji. Jak orzekł Lord Byron: „w życiu mężczyzny miłość jest rzeczą postronną, w życiu kobiety: istnością całą!"— Spędzając płód, kobieta sama siebie najsurowiej karze i nie wolno przysparzać jej cierpienia nikomu. „Z punktu widzenia prawno-lekarskiego błędem jest traktować przerwanie ciąży jako zabójstwo: zabójstwo odnosi się do życia ludzkiego, jakim płód od chwili poczęcia jeszcze niewątpliwie nie jest"— ogłasza adwokat Dr. Kazim. Sterling. Słusznie woła Boy: zbyć tego zja-

wiska kopjowaniem przestarzałych paragrafów nie wolno, zwłaszcza że godzą w najuboższe warstwy. Wymaga się współdziałania postaci światlejszych w kierunku zasadniczej zmiany w psychice społeczeństwa. Musi uzyskać prawo obywatelstwa amerykański wskaźnik, iż poziom cywilizacji mierzy się stopniem szacunku dla kobiety. Dotychczasowe bujania — to nie żadna polityka populacyjna... To jest raczej „obrót" niż dochód... „Cóż za olbrzymie trwonienie energji, to nieograniczone rodzenie jedynie dla śmierci! Wszak z punktu widzenia populacji nie ilość dzieci urodzonych rozstrzyga, ale ilość dzieci odchowanych i to zdrowo odchowanych". W to nie wnika nikt. „Ogół bezmyślnie czeka, jakiemi prawami obdarzy go tych kilku panów" (z Komisji Kodyfik.) — mówi Boy — zaś „Komisja Kodyfikacyjna sama jest zdziwiona tą apatją ogółu, apatją, która do pewnego stopnia utrudnia jej pracę"... A dzieje się to z powodu tego, iż dawniej się ceniło znawstwo życia, gdy obecnie wszystko jest zdane na łaskę lub niełaskę szachrujących klik. W warunkach i okolicznościach takiego (zarazem sztucznego i naturalnego) doboru społecznego ciężaru gatunkowego nieodzownie musi się zrodzić apatja. Nie wystarcza zapewnienie kodyfikatorów, że „prawnicy są od redagowania ustaw, a nie od ich tworzenia". Po pierwsze nigdy i nigdzie gromada nie stanowiła i stanowić nie może źródła kompetencji. Po drugie: czemu to panowie nie odwołują się do opinji publ. w sprawach wielu innych §§..!?. Brak nam miejsca na omówienie tego rodzaju rozdźwięku, jaki już do pewnego stopnia zaszedł pomiędzy wnioskiem jednomyślnie zapadłym na Zjeździe Psychjatrów Polskich w Poznaniu (w dn. 17—19. V. 1921 r.) i opracowanym na gruncie dojrzałych potrzeb społecznych i wymagań naukowych przez przedniejszych przedstawicieli psychjatrycznej myśli polskiej z prof. Dr. Raf. Radziwiłłowiczem na czele a członkami Komisji Kodyfikacyjnej w zakresie analogicznych wytycznych. Ale jak zauważył już Villiers de L'Isle Adam: „dla subtelnej natury drobiazg często jest bolesniejszy od brutalnej zniewagi"... i dlatego wolimy zadowolić się zdaniem rektorskiem zasłużonego członka wielu akademji naukowych, sędziwego prof. Wszechnicy Króla Stef. Batorego w Wilnie M. Zdziechowskiego: „Widocznie należycie, panowie, do wymierającego już typu prawników, skoro nie chcecie zrozumieć, **że oskarżenie — to nic,** a że brać trzeba całą życiową i socjolo-

giczną stronę sprawy!". Jakgdyby wypowiedziane pendant w 1600 r. przez Giordano Bruno (w kilka dni przed dokonaną 17. VI. ekzekucją): „z większą trwogą wydaliście ten wyrok na mnie, niż ja go wysłuchałem"!

Dr. W. J. HALICKI - Świecie.

Bernard Szarlitt: „Polskość Nietzschego i jego filozofji" (Wyd. J. Mortkowicza, T-wa Wydawniczego w Warszawie. Cena 3 zł).

„Oh, boski Dyonizosie, dlaczego targasz mnie za uszy? — w toku jednej z owych słynnych rozmów, prowadzonych na wyspie Naxos, spytała Aryadna swego filozoficznego kochanka. Na co odtrzymała odpowiedź: „W twych uszach jest coś krotochwilnego dla mnie, Aryadno: — czemu nie są jeszcze dłuższe?!!!." — Zanim się wytworzy w konglomeracie istot organicznych, odnoszonych do kategorji homo sapiens, wyższy gatunek rodzaju ludzkiego, zdolny ogarnąć po heraklitowskiem orzeczeniu: Hen kai Pan — Jedno we wszystkiem, a wszystko w jednem — najmędrsza zapowiedź, jaka tylko jest znana światu, dwudziestodwuletniego Napol. Bonapartego: „I ja byłem raz zakochany i wiem tyle, że gardzę definicjami, które mącą tylko sprawy. Odmawiam im uprawnienia, co więcej — uważam je za szkodliwe dla społeczeństwa i szczęścia jednostek. Uwolnienie ludzi od nich byłoby błogosławieństwem niebios". Rzeczą jest niewątpliwą, iż największą zasługę tego dobrodziejstwa w pierwszym rzędzie poniesie naczelny z mędrców: sławny bazylejski uczony prof. Fryderyk Nietzsche — Niecki. — Śmiało rzec można. za prof. James'em Hunneker'em, iż podobnie, jak u Fryder. Chopina „na jego wyżynach grzmi burza, wiejąca odświeżającym chłodem". Podobnie, jak Fr. Chopin jest muzykalną duszą Polski... jest estetycznym symbolem osobowości, wychowanej na patrjotyzmie, dumie i miłości... i szerokich dynamicznych możliwości... W nim ucieleśnia się jej polityczna namiętność (Słowian)... Jest to lira Chopina, orkiestra jego serca, z której wydobywał najprawdziwszą muzykę, jaką skomponowano od czasów Safony". — Tak też i prof. Fr. Nietzsche tylko z archaicznym światem heleńskim odczuwał swe pokrewieństwo w sposobie ustosunkowania się swej jaźni do okoliczności i przejawów otaczającego nas życia i właśnie na tej podstawie tak dziarsko i niedwuznacznie ogłosił

światu: „Ja sam zawsze jeszcze nazbyt jestem Polakiem, by za Chopina nie oddać całej reszty muzyki... Chopina uwielbiam za to, że wyzwolił muzykę z pod wpływów niemieckich, ze skłonnością do brzydoty, pustości, małomieszczaństwa, ociężałości i totumfactwa... W porównaniu z nim nawet L. Beethoven jest dla mnie istotą nawpół barbarzyńską, której wielka dusza źle wychowana — tak, że nie nauczyła się nigdy odróżniać podniosłości od awanturniczości, prostoty od prostactwa"... Pisząc te słowa, prof. Fr. Nietzsche żył i oddychał poprostu w atmosferze szopenowskiej. Jak słusznie nadmienia autor: muzyka Fr. Chopina działa na umysł jego wprost jakby natchnienie. Zupełnie podobnie do wynurzenia Stan. Przybyszewskiego: „bo ja inaczej jak szopenowskimi dźwiękami twórczo wogóle myśleć nie umiem".— Błogosławiony, kto ze swej ludzkiej duszy umie wykszesać pokrewieństwo burzy. Do takich rzeczy się przystępuje z gestem skazańca. Jatros filosofos isoteos — do bogów upodabnia się zgłębiający ruchy przyrody badacz. Niemcy szkalują Nietzschego mianem filozofa, gdy w rzeczywistości on nigdy nim nie był, ani też chciał być filozofem — brzydził się tem mianem. Mylą się tak samo przeróżni mydlarze, przypisujący rzekomy pierwowzór do jego „nadczłowieka" — junkierstwu pruskiemu. To jest źródłem przysłowiowej tępości prusaków, u których prawdziwie wojskowy rygor wychowania i kształcenia zabił samoistność myślenia i działania, jak zapewnia Dr. W. Miklaszewski, jeden ze światlejszych lekarzy warsz., będący na stanowisku Nacz. Wydz. Państw. Sł. Zdr. przy Min. Spr. Wewn. — Prof. Nietzsche śmieje się prosto w twarz wszystkim teorjom, normom, ideałom.„ Filozofowie badają człowieka zazwyczaj z punktu widzenia przydatności jego do takich a takich (zmyślonych przez się) celów, a tu mamy samorodność żywą, drgającą, nerwowo zmienną... wielokształtną!" „Czy nie najistotniejszemi u Nietzschego były właśnie te wycieczki w krainy doświadczenia duchowego, te **wniknięcia duszoznawcze**, mające na celu zburzyć psychologję, że tak powiem, centralistyczną?.."— zapytuje wybitny polski literat Stan. Brzozowski. A wreszcie — co to jest doświadczenie? — Jest to uświadomienie sobie stosunków, zachodzących pomiędzy człowiekiem: **istotą czynną**, a tem, co jest poza nim. — Z całą stanowczością podkreślam, iż cała wartość matematyki bynajmniej nie polega na liczbowości, lecz nadewszystko na strukturalnem obliczeniu ustosunkowań... Takim też matematykiem aktów psychicznych był

prof. Fr. Nietzsche i fizyko-chemikiem ich fizjologicznego podścieliska! — Sam też nieustannie kładł nacisk na emocjonalnem podkreśleniu i uwypukleniu swej w tej wszechobejmującej istoty żywe dziedzinie — izolacji.

Jednem z naczelnych swych zadań uważał: nauczyć ludzi myśleć —: tylko myśleć konsekwentnie i nie cofać się przed wynikami logicznymi... przed czemś, coby nie było uwarunkowane przez zakres stosunków czynnych istoty żywej do świata (zazwyczaj tak szkaradnie zełganego).. I ono to mianowicie stanowiło ów zdumiewający styl Tytana, jego drogę, prowadzącą go do obcowania z wyzwolonem życiem. Dzisiejsze pojęcia w niwecz obróciły myśl o jakimś domniemanym pozaosobowym bycie. Tylko to, co się osięga przez subjektywizm, stanowić może rzeczywistość! Jej rzecznikiem najgorętszym i najrzetelniejszym był właśnie Fr. Nietzsche. Indywidualne prawa twórczości nie mogą być doktryną. Cała etyka Nietzschego stanowi kategoryczny imperatyw treści. Tylko żywotność stanowi dlań jedyny i dostateczny sprawdzian życia. Nietzscheanizm? — jakież to ubogie, i zarówno śmieszne, i szalbierczo obłudne zarazem pojmowanie, jak wszelki altruizm abstrakcyjny wogóle. Wszak altruizm w myśleniu bywa zazwyczaj tylko przywilejem na bezmyślność i głupotę na cudze conto. Nie należy bowiem Malthusa, albo K. Darwina uważać za przyrodę!.. Nie namacalne są ścieżki myśli i duchowego życia, które wprowadzają myśliciela nieraz na zupełnie nieprzewidziane tory, każą mu odkrywać zupełnie co innego, niż to, czego szukał. Tak naprz. K Darwin wpadł pierwszy raz na pomysł swej teorji walki o byt drogą doboru naturalnego, czytając dzieła ekonomisty Malthusa, zaś sam Fr. Nietzsche na podścielisku darwinowskiem doszedł do przeświadczenia, iż „walka się toczy zawsze o władzę... Jeżeli przypuścimy atoli, że walka ta istnieje i rzeczywiście zdarza się niekiedy — to, niestety, wynik jej przedstawia się wręcz inaczej, niżeli pragnie szkoła darwinowska... Gatunki nie wzrastają w doskonałości: słabi wciąż biorą górę nad silnymi — co stąd pochodzi, iż są w wielkiej liczbie; przytem przeważają roztropnością... Darwin zapomniał o duchu (znamionuje to Anglika!), — słabi mają więcej ducha... Jak z tego widać, rozumiem przez ducha przezorność, cierpliwość, chytrość, udanie, moc panowania nad sobą, oraz to wszystko, na czem polega — mimicry (a należy do niej wielka część tak zwanej cnoty). I na tej też podstawie użył słowa „nadczłowiek" na

oznaczenie typu najwyższej udatności — w przeciwieństwie do człowieka „nowoczesnego“. Cała eugenika powinna jego poczytywać za najprawdziwszego jej protoplastę w intelektualnem tego zagadnienia znaczeniu — zgodnie ze zdaniem Fryd. Schillera: — „Większości powiadacie? Czemże jest większość! Większość — to głupota!. Rozum zaś zawsze mniejszości udziałem... „Należy głosy ważyć, a nie liczyć“. Albo jak słusznie notuje H. Ibsen: większość wyobraża zawsze prawdy niegdyś może słuszne, dzisiaj jednak cierpiące już na uwiąd starczy... z czem doskonale się kojarzy ubolewanie, godne głębszego zastanowienia się, wybitnego angielskiego socjologa i jednego z najpoważniejszych dramaturgów Bernarda Shawa: „Wszystkie proroki w każdej generacji — giną, by zbawić tych, co nie mają żadnej wyobraźni“. I z tego rodzaju przesłanek dochodzi ostatecznie wielki bazylejski uczony do wniosku, iż — „każdy błąd w jakiemkolwiek znaczeniu jest następstwem zwyrodnienia instynktów, dysgregacji woli: jest to niemal definicja lichego. Wszystko dobre jest instynktem“... Tę szczytową alternatywę jego rozumowania gruntownie i rzeczowo rozwija — podług prof. Raf. Radziwiłłowicza — najprzedniejszy z współczesnych myślicieli angielskich prof. Bertrand Russel, orzekając, iż: „wszelka wiedza, jaką napotkać można, musi opierać się na naszych... przekonaniach instynktownych... Filozofja powinna wskazać nam hierarchję naszych przekonań instynktownych..“

A w tej dziedzinie będą mieli szerokie pole do popisu przedewszystkiem przyrodnicy — kto wie, może na czele ich stoją lekarze, jak tego tak gorąco pragnął sam Dr. Nietzche, powiadając: „Nie ma dziś zawodu, któryby pozwalał na tak wielkie doskonalenie, jak zawód lekarza... Mówiąc krótko, lekarz dobry potrzebuje teraz sposobów i przywilejów sztuki wszyskich innych zawodów; tak uzbrojony jest w stanie stać się dobrodziejem całego społeczeństwa, a to przez pomnażanie dobrych dzieł, radości i płodności duchowej, przez uchronienie od złych myśli, uprzedzeń, łajdactwa (których wstrętne źródło tak często kryje się w podbrzuszu), przez utworzenie arystokracji duchowo-cielesnej (zapomocą łączenia lub zakazywania małżeństw), przez dobroczynne usunięcie wszystkich tak zw. mąk duchowych i zgryzot sumienia: — wtedy dopiero z „konsyljarza“ stanie się zbawicielem, nie potrzebując przytem czynić żadnych cudów... zbyteczna też, żeby się miał dać ukrzyżować“... Tą drogą dojdzie się też do zrozu-

mienia, jak jednocześnie wielkim był politykiem i socjologiem zarazem — i to nie w sensie bynajmniej pojętego przez B. Szarlitta „liberum veto", lub źle pojętej pańszczyźnianej hierarchji serwilistycznej tupetowców, lecz w myśli często jaźniowej (psychicznej) sublimacji dostojeństwa i godności ludzkiej, opartej na doświadczeniach gatunkowych. Z pominięciem błędnych i wadliwych niektórych ujęć przez Szan. Autora niedościgłych założeń Potentata wiedzy, podnieść wypada nie małą zaletę tej pracy: dostępny język, powabne założenie i poprawny układ treści. Praca ta zasługuje na szeroki rozgłos i powszechne wzięcie, tudzież głębokie uznanie i podziękę ze strony całego społeczeństwa polskiego. O ile autor na zakończenie przytacza takie swe zdanie: „Jak bowiem o — kategorycznym imperatywie — Kanta słusznie powiedziano, iż jest transpozycją filozoficzną pruskiego militaryzmu, tak o „Woli mocy" — Fr. Nietzschego twierdzić można, iż stanowi taką transpozycję szlachecko-polskiego indywidualizmu", — to nie zawadziłoby ze swej strony przytoczyć samego Nietzschego nast. słowa: „Iż niemcy zdołali znieść swych filozofów, zaś przedewszystkiem owego najpokraczniejszego, jaki kiedykolwiek istniał, kalekę pojęciowego, „wielkiego" Kanta, daje to nie byle jakie pojęcie o wdzięku niemieckim... Lepiej być głupcem na własną rękę, niźli mędrcem według cudzego mniemania... Niemasz szkodliwszego błędu od pomieszania przyczyny ze skutkiem: uważam go za właściwe skażenie rozumu"...

Skoro wprowadzone przez prof. Fr. Nietzschego pojęcie „quantum", jako jednostka materji — energji, na progu XX w. zdołała rewoltę wywołać i spowodować w całych dziedzinach biologji, chemji, fizyki, częściowo historji natur- filozofji, całkiem odmienny od dotychczasowego bieg rozumowych konstelacyj, nie mamy powodu powątpiewać, że ten sam los dotknie z czasem i zaważy skutecznie na szali i tego rodzaju zmurszałych dyscyplin, ugrzęzłych na mieliźnie, co jurysprudencja, medycyna, socjologja i kryminologja.

Ciesząc się z wykrycia w składni instynktowo-psychicznej Fr. Nietzschego pierwiastków plemienno-polskich i uprzytomniając sobie powiedzenie Nowalisa: „jesteśmy blizcy przebudzenia się, gdy śnimy o tem, że śnimy", możemy odważnie, z poczuciem radosnej dumy, za Genjuszem Cyprjana Norwida powtórzyć: „Imponującym bywa, bo uspokajającym, ów gwar szeroki, który, urabiając się ze wszech wydźwięków wszystkich działalności

i energji, śpiewa sam sobie nieustannie: **Takich to, jak ja, pięć, sześć na świecie... —: To cała cywilizacja jego — i wartość i siła! — "**.

Dr. HALICKI - Świecie.

Panu Prof. Dr-owi J. Piltzowi

z okazji 25-lecia Jego działalności profesorskiej wyraża niniejszem najszczersze życzenia wszelkiej pomyślności i dalszej owocnej pracy naukowej ad multos annos dla chwały Uniwersytetu Jagiellońskiego i na pożytek młodzieży studjującej

Redakcja Nowin Psychjatrycznych

Sprawozdania z zakładów psychjatryczn. w Polsce.

Zakład Psychjatryczny w Lublińcu.

Opis Zakładu i sprawozdania z działalności Dyrekcji od czasu przyłączenia Górnego Śląska do Polski. — Wydanie z okazji 25-lecia istnienia Zakładu.

Podał prymarjusz Dr. M. SIEMIONKIN.

Katowice, Drukarnia Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego 1929.

(Streszczenie).

Bogaty materjał statystyczny, tkwiący w naszych zakładach psychjatrycznych, dotąd nie był w naszem piśmiennictwie fachowem należycie wyzyskany. Piśmiennictwo zdobywało się conajwyżej na krótkie wzmianki kronikarskie, nie dające ani poglądu na rozwój i stan obecny polskiej psychjatrji praktycznej, ani też nie mogące wogóle służyć za podstawę do badań naukowych. Dlatego należy powitać z uznaniem pojawienie się obszernych i starannie opracowanych sprawozdań zakładów w Lublińcu i Świeciu n/W.

Autor pierwszego zobrazowuje barwnie i con amore wyniki znojnej pracy psychjatrycznej, dokonanej dla dobra pacjentów zakładu lublinieckiego, za szczególnem uwzględnieniem działalności Dyrekcji od czasu przyłączenia Górnego Śląska do Polski.

Jak ze sprawozdania wynika, trudności — w chwili przejęcia Zakładu od władz niemieckich — były ogromne. Zbywało poprostu na wszystkiem: nie było lekarzy, ani wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego, nie było bielizny; meble — albo rozkradzione, albo zniszczone, urządzenia techniczne — w stanie opłakanym. Trzeba było dużo energji Dyrekcji, by — w stosunkowo krótkim okresie czasu, bo w ciągu 7 zaledwie lat — pokonać wszystkie trudności i postawić Zakład na poziomie, odpowiadającym wymogom psychjatrji nowoczesnej.

Na specjalne podkreślenie zasługuje — uwypuklona przez autora zasada samowystarczalności, którą kieruje się Dyrekcja Zakładu, oraz zasada jaknajdalej idącego niekrępowania chorych i dążenie do utrzymania ich na możliwie wysokim poziomie

socjalnym. Są to zasady nowoczesne, których urzeczywistnienie wymaga ogromnej cierpliwości.

Również terapja pracy (celowi temu służą liczne i dobrze urządzone warsztaty), śpiewy chóralne na oddziałach dla niespokojnych, muzyka i rozrywki — składają sie na zespół leczniczy w zakładzie lublinieckim. Na podkreślenie zasługuje też oświadczenie autora, że wyniki leczenia p. p. malarją naogół nie upoważniają do daleko posuniętego optymizmu.

Niemożliwem jest w ramach krótkiego referatu podać ważniejsze szczegóły sprawozdania. Należy je poznać in extenso.

BR. MAKOWSKI - Dziekanka.

Pomorski Krajowy Zakład Psychjatr. w Świeciu n/W.

Broszurka wydana z okazji 75-lecia istnienia Zakładu (1. 4. 1855 do 1. 4. 1930).

Zestawił Dr. med STANISŁAW DEKOWSKI, Dyrektor Zakładu.

(Streszczenie).

Na wstępie daje autor krótki zarys historyczny rozwoju Zakładu aż do chwili obecnej, poczem przechodzi do szczegółowego opisu, ze szczególnem uwzględnieniem oddziałów dla chorych. Jak z opisu wynika, chlubą Zakładu jest — stojący w pewnej podległości — pawilon dla gruźlików, urządzony nowocześnie i z komfortem, stanowiący pod względem położenia i urządzenia pewnego rodzaju sanatorjum.

W rozdziale, traktującym o urządzeniach naukowo-leczniczych i rozrywkowych Zakładu, podkreślić należy przedewszystkiem starania Dyrekcji Zakładu o postawienie laboratorjum na wysokim poziomie naukowym. W pięknej sali zabaw, podczas tańców chorych względnie personelu, przygrywa orkiestra zakładowa, składająca się w przeważnej części z chorych.

Lecznictwo autor opiera na ogólnych zasadach nowoczesnej psychjatrji. Jak ze sprawozdania wynika, najważniejszem dążeniem terapeutycznem Dyrekcji Zakładu jest — o ile możności — jaknajrychlejsze zatrudnienie chorego jakąkolwiek pracą użyteczną. Autor zaznacza, że pacjenci mają możność do pracy w każdym kierunku, czy to na roli lub w ogrodzie, czy w warsztatach, czy też w biurach lub wreszcie na samych oddziałach. Na szersze stosowanie leczenia farmakologicznego autor zapatruje

się sceptycznie zaznaczając, że stosuje się je tylko u chorych bardzo niespokojnych i u epileptyków. Dalej, podkreśla on, że środki krępujące fizyczne jak łóżka siatkowe, kaftany bezpieczeństwa i t. p. należą do przeszłości; używanie ich jest w zakładzie surowo wzbronione. Stosuje się terapję gorączkową coraz częściej; wyniki uważa autor za bardzo zachęcające, o ile chodzi o proces porażenia nie daleko posunięty.

Jak we wszystkich zakładach psychjatrycznych b. zaboru pruskiego, tak i w Zakładzie w Świeciu trudności doboru wzorowego personelu pielęgniarskiego — zwłaszcza w pierwszych latach po wojnie — były ogromne. Dziś jednak można je śmiało uważać za przezwyciężone, co autor przedewszystkiem przypisuje kursom pielęgniarstwa, teoretycznym i praktycznym, zaprowadzonym w roku 1924.

Z bogatej treści sprawozdania zasługuje pozatem na wyróżnienie m. in. ustęp, przedstawiający dążności Dyrekcji Zakładu do samowystarczalności gospodarczej. Autor podaje, że podczas gdy zasiłek pruskiego Starostwa Krajowego w latach 1911 - 1919 wynosił przeciętnie 43%, to (po odliczeniu pierwszych czterech lat polskiego zarządu Zakładu, gdy stosunki walutowe nie pozwalały na racjonalną gospodarkę finansową), wskaźnik zasiłków administracyjnych za lata 1924 - 1929 wynosi średnio 21%, czyli jest dwukrotnie niższy.

Sprawozdanie warto poznać w całości.

BR. MAKOWSKI - Dziekanka.

Państwowy Zakład Psychjatryczny w Tworkach.

XI. Sprawozdanie

ZA ROK 1929

Skreślił Dyrektor ŁUNIEWSKI.

Zespół lekarski Zakładu posiadał z końcem roku sprawozdawczego skład następujący: 1 Dyrektor, 4 prymarjuszy, 2 ordynarjuszy i 5 asystentów, — ogółem więc 12 stałych sił lekarskich (pozatem — 1 lekarz w charakterze konsultanta w sprawach anatomicznych). Przy przeciętnej dziennej liczbie chorych 948, na 1 lekarza *ordynującego* przypadało w średnim rachunku 158 czynnych łóżek, a z liczby chorych leczonych w ciągu roku 238.

Ogółem personel Zakładu stały z końcem roku sprawozdawczego (łącznie lekarzy) obejmował 296 osób. Ponadto za wynagrodzeniem częściowem, odpowiadającem liczbie godzin pracy, bez umów stałych, zatrudnionych było 9 osób (nadto lekarze-specjaliści w miarę potrzeby).

Autopsyj zwłok dokonano w 22 przypadkach.

W podręcznej pracowni lekarskiej dokonano analiz chemicznych moczu, badań plwociny, płynu mózgowo-rdzeniowego oraz badań krwi na malarję, ogółem 678.

Trzy siły lekarskie prowadziły wykłady na kursach pielęgniarskich. Lekarze Zakładu ogłosili w ciągu roku sprawozdawczego szereg prac naukowych i artykułów społecznych, oraz wygłaszali odczyty naukowe.

Personel pielęgniarski obejmował w końcu roku sprawozdawczego 152 osoby (łącznie z personelem wyższym). Ubyło w 1929 r. 37 sił pielęgniarskich, z tych 10 usunięto jako nieodpowiednich. Jedną z trudności administracyjnych w roku sprawozdawczym były choroby personelu pielęgniarskiego, wyrażające się cyfrą 1641 dni bezczynnych (1205 u kobiet i 436 u mężczyzn).

Apteka zakładowa wykonała w 1929 r. 22017 recept na potrzeby oddziałów, oraz 2932 recepty dla pracowników mianowanych. Pomocy dentystycznej udzielono w 663 przypadkach.

TABLICA I.

Ogólny ruch chorych.

	m.	k.	razem
Było chorych w końcu r 1928	471	445	916
Przyjęto w r. 1929	267	244	511
razem leczono w r. 1929 . .	738	689	1427
wypisano „ „ . .	203	164	367
zmarło	39	49	88
pozostało na r. 1930	496	476	972

Liczba przyjęć stanowi 55,79% stanu chorych z dnia 1. I. 1929. Liczba zmarłych stanowi 6,17% ogółu leczonych.

Wyniki pobytu chorych w Zakładzie przedstawiają się stosunkowo jak następuje:

wyniki dodatnie . . . . . 54,51% u ubyłych,
„ obojętne . . . . . 26,15% „ „ ,
„ śmiertelne . . . . . 19,34% „ „ .

Liczba dni szpitalnych w r. sprawozdawczym wynosiła: u mężczyzn 178.777, u kobiet 168.373, ogółem więc 347.150 dni szpitalnych. Przeciętnie na jednego chorego przypada zatem: 241,7 u mężczyzn i 244,96 u kobiet, razem przeciętnie 243,22.

TABLICA II.

Przyczyny zejść śmiertelnych.

Przyczyna śmierci	mężczyźni	kobiety	razem
grypa	1	—	1
gruźlica płuc i in. narządów . .	3	15	18
napad poraźny	10	—	10
ostre sprawy zapalenia żołądka i jelit	3	1	4
posocznica i ropnica	1	2	3
rak żołądka	—	1	1
róża z ropówką	—	3	3
stan padaczkowy	1	1	2
uwiąd poraźny	6	2	8
niedomoga m. sercowego . . .	11	22	33
zapalenie nerek	—	1	1
zapalenie płuc włóknikowe . . .	3	—	3
zapal. opon mózgowych krwot. . . .	—	1	1
razem	39	49	88

W ciągu roku 1929 lekarze Zakładu wydali 41 opinji o podsądnych przebywających z mocy decyzyj sądowych w Zakładzie (33 m. i 8 k.). U 3 stwierdzono brak objawów chorobowych. 11 podsądnych zbiegło z Zakładu, z tych 5 wróciło w roku sprawozdawczym.

W r. 1929 stosowano: u	m.	k.	razem
kąpiele lecznicze	1221	5203	6424
koce	919	281	1200
leżenie metodyczne	2319	1750	4069
odosobnienie	146	335	481
immobilizację	155	321	476
hyoscynę	150	214	364
leki nasenne	765	1760	2525

(liczba dni leżenia metod. wynosiła ogółem 75.630, liczba dni odosobnienia: 818, liczba dni immobilizacji: 3342).

Liczba dni pracy chorych stanowiła ogólnej liczby dni szpitalnych: u mężczyzn 30,1%, u kobiet 26,8%.

W roku sprawozdawczym odbyło się 29 zabaw (w tem 6 przedstawień scenicznych) i 3 odczyty. Z kręgielni i boiska

pacjenci korzystali b. chętnie. Kółko dramatyczne chorych rozwijało się pomyślnie.

Bibljoteka lekarska liczyła z końcem r. 1929 numerów katalogowych 695, bibljoteka beletrystyczna — 3131.

Chorych, leczących się w zakładach poznańskich i pomorskich na rachunek Szpitala w Tworkach, było w końcu roku sprawozdawczego ogółem 645.

Z powodu braku miejsca odmówiono przyjęcia do Zakładu 436 zgłaszającym się chorym, w tem były 142 przypadki w stanie bardzo ciężkim, których przyjąć nie było można.

Ucieczek chorych było 53, z tych 34 osoby powróciły w ciągu r. 1929 do Zakładu.

Chorych młodocianych było w dniu 1. 12. 29 ogółem 14 (10 chł. i 4 dziewczęta).

Wartość odżywcza przeciętnego dziennego pokarmu wynosiła (w kalorjach) : dla stołu pensjonarskiego 3414, dla stołu chorych ogólnych 3211, dla służby 2917.

TABLICA III.

Podział według rozpoznania.

Rodzaj choroby	pozostało z r. 1928		przybyło w r. 1929		wypisano w r. 1929		pozostało na r. 1930	
	m.	k.	m.	k.	m.	k.	m.	k.
Niedorozwój umysłowy . .	75	46	15	6	18	12	72	40
Psychopatja ustrojowa	15	11	10	16	13	8	12	19
Padaczka	22	20	9	4	4	5	27	19
Zaburzenia psych. pourazowe . .	2	5	2	3	1	4	3	4
Psychoza na tle miażdż. i in. w wieku podeszłym	19	42	11	24	12	26	18	40
Psychozy pochodz. zakaźnego . .	—	6	2	2	1	4	1	4
Zbocz. psych. pośpiączkowe . . .	18	4	7	1	8	1	17	4
Psych. alkoholowe	23	2	6	-	13	1	16	1
Zbocz psych. przy in. zatruc. zewn. .	1	—	—	1	1	1	—	—
Zbocz. psych. na tle zatr. wewn.-poch.	—	8	—	11	—	12	—	7
Porażenie postępujące	43	14	44	6	42	6	45	14
Inne psychozy poch. kiłowego . .	6	1	3	2	4	1	5	2
Schizofrenja	228	256	137	141	103	109	262	288
Paranoia i parafrenja	—	1	2	—	—	-	2	1
Psych. m.-depr.	14	27	11	24	16	21	9	30
Psych. reaktywne	3	1	3	3	3	2	3	2
Inne i nierozpoznane	2	1	4	—	2	—	4	1
Sine morbo	—	—	1	—	1	—	—	—
razem	471	445	267	244	242	213	496	476

W r. 1929 w szpitalu uprawiano 28,2 ha pola i ogrodów, w tem 19 ha pola ornego, 2.25 ha łąki i 7 ha ogrodu owocowego i warzywnego.

Dokonano całego szeregu inwestycyj i remontów na pawilonach i w zabudowaniach gospodarczych, ogólnym kosztem 506 075,37 zł.

Przeciętny dzienny koszt jednego dnia zakładowego w okresie czasu od 1. 4. 29 do 31. 3. 30 wynosił ogółem 5,72 zł.

Taksa szpitalna wynosiła: w klasie I-ej 11.— zł, w II-ej 8.— zł i w III-ej klasie 5.— zł.

TABLICA IV.

A. Dochody.

Dotacje z fund. państw. i in. . . .	952 219,85 zł
opłaty za utrzym. chorych	2017.822,31 „
dochody z majątku i gospod. własn. .	118.340,85 „
różne	32.317,60 „
razem	3.120.700,61 zł.

B. Wydatki.

Osobowe	701.534,42 zł
żywienie chorych	637.938,08 „
Opał, światło, woda, konserwacje budynków i urządzeń techn.	470.981, - „
Bielizna, odzież, meble i t. p.	140.588,52 „
leki i t. p.	38.574,35 „
różne	26.250,14 „
na utrzym. folwarku, ogrodów itp. . .	85.880,05 „
utrzym. chorych w in. zakładach . .	1.018.951,05 „
razem	3.120.700,61 zł.

Streścił BR. MAKOWSKI - Dziekanka.

Nadesłane.

Warszawa, Marzec 1930 r.

Pragniecie zbierać pokłosie z terenów Rzeczypospolitej i w ten sposób dążyć będziecie do zobrazowania ruchu w życiu i aspiracjach psychjatrów polskich na obszarze odradzającej się Ojczyzny.

Życie wraz z dążeniami zespołów ludzkich znajdują wyraz swój w stosownie opracowanem ustawodawstwie i w organizacji ośrodków naukowych oraz w dążeniu ludzi pokrewnych specjalności do uzewnętrznienia tych dążeń na zebraniach towarzystw naukowych i na konferencjach fachowców.

Jeżeli poruszymy sprawę odnośnego ustawodawstwa, to na tej płaszczyźnie zauważyć można pewien postęp, może jeszcze nie ujawniony, lecz de facto istniejący. Departament Zdrowia przygotował i przeprowadził w Radzie Ministrów projekt nowej ustawy o organizacji zakładów psychjatrycznych. Ustawa ta, mająca ujednostajnić organizację na obszarach całego państwa, określa obowiązki tworzenia zakładów, wyraźnie mówi, że w każdem województwie powinna powstać taka liczba miejsc szpitalnych, by wszyscy chorzy danego terenu znaleźli odpowiednią opiekę. Ustawa ujmuje w ramki prawodawcze, kto winien ponosić koszta utrzymania odnośnych zakładów i jak te zakłady mają być prowadzone. Nowością w rzeczonym projekcie są te artykuły prawa, które określają przyjęcie i wypisywanie chorych, i z tych paragrafów wieje pewna restrykcja dla nas psychjatrów. Odnośne paragrafy wprowadzają dość znaczną ingerencje władz administracyjnych i sądowych do życia zakładów i chorych, którzy będą mieli prawo zgłaszać żądanie wypisania ich, będą mieli prawo zażalenia za niewłaściwe, zdaniem ich, traktowanie w zakładzie. Skargi te administracja winna w ciągu trzech dni przesłać urzędowi wojewódzkiemu, który za pośrednictwem swego inspektora do spraw psychjatrycznych i po porozumieniu się z urzędem prokuratorskim, rozstrzyga sprawę. Może doświadczenie życiowe uprawnia odnośne władze administracyjne i sądowe do tak pojętej ingerencji i do żądania wprowadzenia wielce uciążliwej dla zakładu kontroli, a może tylko niezbyt fortunna redakcja

odnośnego prawa tworzy podkład niepokoju w duszy psychjatry. W każdym razie niezbędną jest rzeczą, by Tow. Psychjatryczne omówiły rzeczony projekt, nim stanie się on prawem. Dążyć musimy do takiego układu stosunków, by nie było powodu do narzekań jałowych i niepotrzebnych starć. Wprowadzając podobny projekt miejscowych towarzystw psychjatrycznych, spełnimy nasz obowiązek obywatelski. Tem bardziej ten obowiązek spełnić powinniśmy, gdyż jak wieści noszą, projekt nowej ustawy, już uzgodniony w Radzie Ministrów, na wniosek Ministra Skarbu ma być zdjęty z porządku dziennego ciał ustawodawczych i odłożony do czasu zrównoważenia wymogów Skarbu Państwa. Nagląca sprawa i wołające o pomstę zaniedbanie, w jakiem znajduje się opieka nad psychicznie chorymi u nas, tem więcej nas psychjatrów winna pobudzić do debat nad tą sprawą. Może ta sprawa, poruszona na posiedzeniach Tow. Psychjatrycznych, zdoła ożywić drzemiące posiedzenia, może sprowadzi uwagę dość monotonnych zebrań na tematy szersze i zerwiemy z tradycją kręcenia się w obrębie kazuistyki wszechmożnej obecnie schizofrenji. Pod obrady posiedzeń naszych zebrań konieczną jest rzeczą wprowadzać referaty o szerszem, niż mielenie kazuistyczne, tematów. Acz kazuistyka może urozmaicić posiedzenie zebrania, lecz winna przyjąć dopełniające, potwierdzające zabarwienie, a główne zadanie zebrań poświęcone być winno rozważaniu podstawowych tematów.

Rozumiem, że łatwiej rzucać luźne uwagi, niż wykonać taki program. Nie wdając się narazie w rozważanie, czy winna jest szkoła średnia, będąca w okresie ciągłego przeobrażania, czy winne są uniwersytety, nie przygotowujące umysłów młodych do zamiłowania poważnych studjów, czy wreszcie panujący jeszcze okres zamętu czasów wojny i okresu powojennego, dość że młode pokolenie opuszcza ławy uczelni z mniej poważnem przygotowaniem, z mniej wyraźnemi aspiracjami naukowego dociekania, a za to ze zbyt pospiesznem pragnieniem robienia karjery i błyszczenia. Katedry psychjatrji w naszych 5 uniwersytetach przez 12 lat nie zdołały natchnąć i przygotować odpowiednich sił, gdyż odczuwać się daje brak kandydatów, gdy zawakuje katedra. Ale widoczne jest jeszcze gorsze zjawisko. Kierowników i sił lekarskich widoczny jest brak przy obsadzaniu posad w naszych szpitalach. Jeżeli miało by pozo-

stać tak, jak jest, to musimy powiedzieć: dobrze - zakłady powstawać będą, ale kto w nich pracę wykonywać będzie! Przypadkowi psychjatrzy obecnej doby odpowiedzialnej pracy podołać nie będą mogli. Ulegnie załamaniu rozumienie chorej psyche, zahamuje się racjonalna pomoc, jaką psychjatra okazywać musi sądownictwu, powstrzymany będzie tak konieczny postęp w racjonalnej opiece nad chorymi i choć pozornie bieg spraw szpitala zachowa wyraz sprawności administracyjnej, istota zaś sama ulegnie dzięki właśnie tym przygodnym psychjatrom załamaniu. Od wymagania od kierowników Zakładów pewnego cenzusu naukowego, zamiłowania i przygotowania odstąpić nam nie wolno. Niestety dziś łatwiej zdobyć jako tako przygotowanych gospodarzy administracyjnych, niż lekarzy — psychjatrów.

Zagadnienie bardzo poważne wymaga zastanowienia głębszego. Już dziś musimy powiedzieć, że czas pracy psychjatrów winien byc skrócony a uposażenia psychjatrów wyższe, niż pracujących kolegów w innej specjalności. Każdy zakład w budżecie swym winien pomieścić pewną sumę na ułatwienie pracy i na premjowanie naukowych dążeń pracowników. Jeżeli stawiamy podobne wymagania dla zakładów komunalnych, a więc jeżeli sięgamy do kieszeni obywateli, to równe prawo mamy prosić wydziały lekarskie, by wejrzały w sprawę uczelni katedr psychjatrycznych. Dla czego naprz. wydziały naszych uczelni wyższych nie nadają tytułów profesorów nadzwyczajnych wybitniejszym lub więcej zasłużonym ordynatorom szpitalnym. Dla czego przez nadanie prawa ogłoszenia wykładów z pewnych działów wiedzy, uniwersytety nasze nie starają się, zadość czyniąc słusznej ambicji jednostek, szerzyć kult dla nauki, zyskać wybitną a pożądaną pomoc dla swoich celów. Le professeur agrégé przyniósł nauce we Francji i innych krajach dużą przysługę, więc dla czego po tej drodze nie mają iść nasze uczelnie wyższe? Dla czego utwierdzać przekonanie, że przez niezrozumiały egoizm wykoszlawia się pień ustroju naszego?

Pamiętać należy o przysłowiu, które głosi:

„Na pochyłe drzewo byle koza skacze“.

HOŁUBEK.



W ostatniej chwili zamknięcia zeszytu III-IV Nowin Psychjatrycznych r. 1930 doszła nas smutna wieść o zgonie

ś. p.

prof. Dr. Jana Piltza

dyrektora Kliniki neurologiczno-psychjatrycznej i dziekana Wydziału lekarskiego U. J. w Krakowie, zmarłego nagle w d. 26 listop. rb.

Równocześnie Redakcja otrzymała zawiadomienie o śmierci

ś. p.

D-ra Starzeńskiego

dyrektora Szpitala dla umysłowo chorych Kochanówka pod Łodzią, który zakończył żywot w dniu 27 listopada rb.

Są to dla psychjatrji polskiej dwa ciosy dotkliwe, bo prof. Piltz był wybitnym przedstawicielem nauki, a Dr. Starzeński reprezentował chlubnie polskie szpitalnictwo psychjatryczne.

R. i p.

